กองอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย

คู่มือ การให้บริการวางแผนครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

คู่มือ

การให้บริการวางแผนครอบครัว

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

กองอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย

ISBN : 978-974-16-3000-4

คู่มือ

การให้บริการวางแผนครอบครัว

สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข



บรรณาธิการ

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ
นายแพทย์สัญญา ภัทราชัย
นายแพทย์เมธี พงษ์กิตติหล้า
แพทย์หญิงสุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์
นางสุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์
นางยุพา พูนขำ
นางกอบกาญจน์ มหัทธโน

ISBN : 978-974-16-3000-4

กองอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย

ชื่อหนังสือ	**คู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข**
ISBN	978-974-16-3000-4
บรรณาธิการ	ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ
	นายแพทย์สัญญา ภัทราชัย
	นายแพทย์เมธี พงษ์กิตติหล้า
	แพทย์หญิงสุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์
	นางสุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์
	นางยุพา พูนขำ
	นางกอบกาญจน์ มหัทธโน
พิมพ์ครั้งที่ 1	กันยายน 2551
จำนวน	700 เล่ม
จัดพิมพ์โดย	กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย
	กระทรวงสาธารณสุข
	โทร. 02 590 4247 , 02 590 4248
พิมพ์ที่	โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

คำนำ

ในอดีตประเทศไทยประสบผลสำเร็จ ในด้านการวางแผนครอบครัวอย่างมากภายใต้การดำเนินงานของโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ สามารถชะลออัตราการเกิดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้อัตราการเพิ่มประชากรลดลง การเจริญพันธุ์โดยรวมลดลง ส่งผลดีต่อการพัฒนาประชากรของประเทศ จนเป็นที่ยอมรับในระดับสากล

การให้บริการวางแผนครอบครัว ยังมีความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง สำหรับกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ยุคปัจจุบัน ซึ่งต้องการบริการคุมกำเนิดอย่างมีคุณภาพได้มาตรฐาน

กรมอนามัยได้เห็นความสำคัญในเรื่องการพัฒนาองค์ความรู้ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านนี้ โดยได้มอบหมายให้นายแพทย์เมธี พงษ์กิตติหล้า ผู้อำนวยการกองอนามัยการเจริญพันธุ์ ติดต่อผู้ทรงคุณวุฒิและผู้มีประสบการณ์จากราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ให้ดำเนินการจัดทำคู่มือการให้บริการวางแผนครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมอบให้ศาสตราจารย์คลินิกนายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ และคณะเป็นบรรณาธิการ จัดทำคู่มือขึ้น โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณบางส่วนจากองค์การอนามัยโลก สาขาภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (WHO – SEARO)

กรมอนามัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านการปฏิบัติงานให้บริการวางแผนครอบครัวให้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เพื่อสุขภาพที่ดีของครอบครัวไทย

กองอนามัยการเจริญพันธุ์
กรมอนามัย

บทนำ

ในการให้บริการวางแผนครอบครัว ผู้ให้บริการโดยเฉพาะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำเป็นต้องมีความรู้ความสามารถในด้านพื้นฐานเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดต่างๆ รวมทั้งต้องติดตามความก้าวหน้าในด้านวิชาการอยู่เสมอ นอกจากนี้ผู้รับบริการยังต้องการคำแนะนำปรึกษาจากผู้ให้บริการในเรื่องต่างๆ เกี่ยวข้องทั้งในด้านวิธีการคุมกำเนิด ผลกระทบ ภาวะแทรกซ้อน และแนวทางการแก้ไขเบื้องต้น ก่อนที่จะพบแพทย์

กรมอนามัย ได้มอบหมายให้คณะบรรณาธิการวางแผนครอบครัว สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยได้รับความร่วมมือจากผู้นิพนธ์ ซึ่งเป็นสมาชิกของราชวิทยาลัย สูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทยที่ได้ปฏิบัติงานในด้านการวางแผนครอบครัว และให้บริการคุมกำเนิด มาเป็นระยะเวลานานร่วมกับนักวิชาการและเจ้าหน้าที่กองอนามัยการเจริญพันธุ์ ทำการรวบรวมเรียบเรียงคู่มือเล่มนี้และส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อ่านให้ข้อคิดเห็น แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณโรงพยาบาล สถานีอนามัย และศูนย์อนามัย ที่ให้ความร่วมมือนำคู่มือนี้ไปทดลองใช้ เพื่อให้คู่มือมีประสิทธิภาพสามารถนำไปใช้ได้จริงตามคู่มือที่ท่านอ่านนี้

ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณนายแพทย์สุวชัย อินทรประเสริฐ
นายแพทย์สัญญา ภัทราชัย
นายแพทย์เมธี พงษ์กิตติหล้า
แพทย์หญิงสุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์
นางสุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์
นางยุพา พูนขำ
นางกอบกาญจน์ มหัทธโน

บรรณาธิการ
กันยายน 2551

รายนามผู้นิพนธ์

กอบกาญจน์ มหัทธโน	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์	พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง, ประกาศนียบัตรวิสัญญีพยาบาล รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
จิตติมา มโนนัย	พ.บ., ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช) วว. (สูติ-นรีเวช) รองศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
จารีรัตน์ ชูตระกูล	ศิลปศาสตร์บัณฑิต (รัฐศาสตร์) บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ชลิดา เกษประดิษฐ์	วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลสาธารณสุข), สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต, ประชากรศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
นงลักษณ์ บุญไทย	พยาบาลศาสตร์, ป.วิสัญญีพยาบาล, วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์) นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน	พยาบาลศาสตร์บัณฑิต ศิลปศาสตร์มหาบัณฑิต (วิจัยประชากรและสังคม) นักวิชาการสาธารณสุข 7 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ปรีชา แจ่มวิถีเลิศ	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) นักวิชาการสาธารณสุข 7 ว กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ภารดี ชาญสมร	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (การเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร) นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เมธี พงษ์กิตติหล้า	พ.บ. , ว.ว. (สูติ-นรีเวช), ผู้อำนวยการกองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
ยุพา พูนขำ	สถิติศาสตร์บัณฑิต Diploma in Population Research, (University of Exeter) U K. Master of Public Health, Tulane University U.S.A. นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เรณู ชูนิล	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข) นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย	พ.บ. ,ว.ว. (สูติ-นรีเวช), อ.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์) อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สมเกียรติ สีตวาริน	พ.บ. ,ว.ว. (สูติ-นรีเวช), ว.ว. (เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์) อาจารย์ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สัญญา ภัทราชัย	พ.บ. , อ.ว. (สูติ-นรีเวช), M.P.H. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์	สังคมศาสตร์มหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข), M.A. (Population Research) University of Exeter , U K. นักวิชาการสาธารณสุข 8 กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
สุวชัย อินทรประเสริฐ	พ.บ.,ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช) ว ว. (สูติ-นรีเวช) อ.ว. (เวชศาสตร์ฉุกเฉิน) Dip. in Population Growth Studies. ศาสตราจารย์คลินิกเกียรติคุณ,อาจารย์พิเศษคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย ชุด พ.ศ. 2550 – 2552
สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์	พ.บ.,ป.ชั้นสูง (สูติ-นรีเวช) ว ว. (สูติ-นรีเวช) อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว) นายแพทย์ 9 วช. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

สารบัญ

บทที่ 1

การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด
(Family Planning and Contraception)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
เมธี พงษ์กิตติหล้า
ยุพา พูนขำ

คำนำ

การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดต่างกันอย่างไร

ประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว

ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดต่อการชะลอการเกิดประชากร

ประโยชน์และอันตรายที่เกิดจากการคุมกำเนิด

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับครอบครัวไทย

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 1

การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด
(Family Planning and Contraception)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
เมธี พงษ์กิตติหล้า
ยุพา พูนขำ

คำนำ

ปัญหาการเพิ่มประชากรที่ไม่สมดุลกับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในระดับประเทศ (หรือครอบครัวใหญ่) และการมีลูกมาก ลูกถี่ในแต่ละครอบครัวนั้นมีผลกระทบต่อความเป็นอยู่และสุขภาพอนามัยของทุกๆ คน ดังนั้นประชากรทุกอาชีพทุกชั้นต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหานี้

แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ได้รับคำยกย่องจากสังคมให้เป็นผู้นำในด้านการแก้ไขปัญหาของประชาชนในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัย จึงต้องให้ความสนใจที่จะช่วยแก้ไขปัญหาประชากรโดยการชะลอการเกิด เพื่อให้อัตราการเกิดหรือจำนวนการเกิดต่อปีของประชากรในแต่ละชุมชนลดลงมากพอที่จะพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมได้ทัน และแต่ละครอบครัวมีบุตรเพียงพอที่จะเลี้ยงดูให้ดีได้ สำหรับวิธีการชะลอการเกิดนั้น มีอยู่ 3 วิธี คือ (1) การแต่งงานอายุมากหรืออยู่เป็นโสดตลอดวัยเจริญพันธุ์ (2) การคุมกำเนิด (3) การทำแท้ง

ในเรื่องแรกเป็นเรื่องทางด้านสังคม ซึ่งทุกฝ่ายก็ต้องร่วมมือและช่วยกันทำให้เกิดผลให้จงได้ แต่สำหรับอีก 2 เรื่องหลัง คือ การคุมกำเนิดและการทำแท้งนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับบุคลากรทางการแพทย์มาก เพราะบุคลากรทางการแพทย์มีความรู้ความสามารถในด้านเทคนิคและวิธีการ จึงจำเป็นที่จะต้องสนใจศึกษาถึงวิธีการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ (ดูรายละเอียดในแต่ละบท) ทราบถึงประโยชน์ของการคุมกำเนิดและอันตรายซึ่งอาจจะมีบ้าง เพื่อนำมาพิจารณาให้บริการอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังต้องศึกษาถึงวิธีการจูงใจให้ปฏิบัติ และให้คำปรึกษาด้านการวางแผนครอบครัว เพื่อให้มีการยอมรับการคุมกำเนิดกันมากๆ และคงใช้อยู่นานมีผลให้ชะลอการเกิดได้สูง สำหรับการทำแท้งนั้นอาจจะหลีกเลี่ยงได้ด้วยการคุมกำเนิด

การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดต่างกันอย่างไร [1]

การวางแผนครอบครัว คือ การที่คู่สมรสวางแผนไว้ว่าจะมีบุตรกี่คน จะมีเมื่อไร มีถี่ห่างเท่าไร โดยที่ให้บุตรที่เกิดมานั้นมีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ คู่สมรสมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรักและความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง ให้มีการศึกษาที่เหมาะสมที่จะมีอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองที่ดีของประเทศชาติต่อไป

จุดมุ่งหมายของการวางแผนครอบครัว

1. เพื่อหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนา
2. ให้มีการตั้งครรภ์เมื่อปรารถนาจะมี
3. เว้นระยะการมีบุตรให้ห่างพอสมควร
4. ให้มีบุตรขณะที่พ่อแม่มีอายุที่เหมาะสม
5. ให้มีจำนวนบุตรที่เหมาะสม

บริการด้านการวางแผนครอบครัว

จะเห็นได้ว่า ขอบเขตของงานวางแผนครอบครัวนั้นกว้างขวางมาก เพื่อให้ได้ผลตามจุดมุ่งหมายของบุคลากรหรือคู่สมรส ดังนั้นบริการที่จัดเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายดังกล่าวจึงประกอบด้วย

1. ให้การศึกษา และคำปรึกษาเรื่องการวางแผนครอบครัว
2. ให้บริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการเกิดอันได้แก่ การป้องกันการปฏิสนธิและการทำแท้ง
3. รักษาผู้มีบุตรยาก
4. สอนเพศศึกษาและชีวิตครอบครัว
5. ให้บริการอื่นๆ ที่ควบคู่ไปด้วย เช่น
   ก. การให้คำปรึกษาเรื่องโรคทางพันธุกรรม และการให้คำปรึกษาก่อนสมรสหรือก่อนตั้งครรภ์
   ข. บริการจัดหาและยกบุตรบุญธรรม
   ค. ให้บริการตรวจคัดกรองมะเร็งอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในระยะเริ่มต้น ฯลฯ

การคุมกำเนิด เป็นวิธีการที่จะป้องกันการเกิดอย่างหนึ่งโดยป้องกันการปฏิสนธิ หรือป้องกันการฝังตัวของตัวอ่อนที่ถูกผสมแล้ว หรือการทำลายไข่ที่ถูกผสมแล้วและฝังตัวเข้าไปในเยื่อบุโพรงมดลูก หน่วยงานหลายๆ แห่ง รวมการทำแท้งไว้ในการคุมกำเนิดด้วย

จะเห็นได้ว่าการวางแผนครอบครัวนั้นมีความหมายและขอบเขตกว้างขวางกว่าการคุมกำเนิดมาก แต่ในทางปฏิบัตินั้น ผู้ปฏิบัติงานหลายท่านยังคงใช้คำสองคำนี้แทนกันอยู่

ประโยชน์ของการวางแผนครอบครัว [1]

การวางแผนครอบครัว จะลดอัตราการตายและส่งเสริมสุขภาพของสตรี เด็ก ครอบครัว และชุมชน ดังนี้

สุขภาพของสตรี การใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ ทำให้สตรีมีเวลาเตรียมร่างกายและจิตใจพร้อมที่จะเป็นแม่ ไม่มีความเครียดจากการมีลูกถี่ จะช่วยให้สุขภาพอนามัยแม่และเด็กดีขึ้น โดยการลดการตายและอัตราทุพพลภาพของมารดา และส่งเสริมสุขภาพของสตรี โดยการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ลดการทำแท้งไม่ปลอดภัย ผลที่เกิดขึ้นโดยตรงก็คือ การป้องกันการตั้งครรภ์เสี่ยงสูง (high risk pregnancy)

ซึ่งได้แก่กรณีที่มารดาอายุน้อยเกินไป (too early) อายุมากเกินไป (too late) มีบุตรถี่เกินไป (too close) มีบุตรมากเกินไป (too many) [2] และมีโรคประจำตัว (with medical diseases)

วิธีคุมกำเนิดบางวิธี เช่น ถุงยางอนามัย จะช่วยลดการรับและแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดจะสามารถป้องกัน หรือลดอุบัติการณ์ของโรคต่างๆ ได้หลายโรค (ดูรายละเอียดในบทที่ 3 เรื่องวิธีคุมกำเนิด)

มีผู้คาดประมาณว่า ถ้าสตรีทั่วโลกที่มีบุตรเพียงพอแล้ว สามารถหยุดการมีบุตรได้ (โดยการคุมกำเนิด) จะสามารถลดการตายของมารดาได้ 100,000 รายต่อปี (องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2538)

สุขภาพของเด็ก ถ้าสตรีตั้งครรภ์เมื่อพร้อมเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ รวมทั้งเว้นระยะการมีบุตร จะช่วยลดอัตราการตาย และอัตราทุพพลภาพของเด็กลงได้มาก ถ้าสามารถกระจายการบริการคุมกำเนิดไปยังคู่สมรสที่ต้องการหลีกเลี่ยงการตั้งครรภ์ (ซึ่งปัจจุบันยังไม่ได้รับการตอบสนองโดยการคุมกำเนิด) จะสามารถลดการตายของทารกและเด็กทั่วโลกใน 5 ขวบปีแรกลงได้ 850,000 รายต่อปี (องค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2538) การเว้นระยะการมีบุตรให้ห่างกันอย่างน้อย 18 เดือน โดยเฉพาะในมารดาวัยรุ่น และมารดาที่มีบุตรมากเกินกว่า 4 คน (ในทางปฏิบัติแนะนำให้ท้องว่าง 1 ปี หรือ ลูกห่างกัน 2 ปีขึ้นไป) จะช่วยลดการคลอดก่อนกำหนดและทารกน้ำหนักแรกเกิดน้อย ซึ่งเป็น 2 สาเหตุที่สำคัญของการตายของทารก การมีบุตรถี่นอกจากมีผลโดยตรงต่อบุตรที่เกิดใหม่แล้ว ยังมีผลต่อการดูแลและสุขภาพของบุตรคนก่อนอีกด้วย

สุขภาพของครอบครัว การที่ครอบครัวมีบุตรห่าง มีบุตรน้อย จะช่วยลดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว ลดความเครียดในครอบครัว สามารถเลี้ยงดูบุตรที่มีอยู่ได้อย่างดี ให้มีการศึกษาที่ดี การวางแผนครอบครัวช่วยยกสถานภาพของสตรีในกิจกรรมการศึกษา เศรษฐกิจและสังคม มีโอกาสพัฒนาคุณภาพชีวิตของบุคคลในครอบครัว และในทางกลับกันการส่งเสริมสถานภาพของสตรี ก็จะช่วยให้สตรียอมรับและใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ มากขึ้น

สุขภาพของชุมชน การเพิ่มจำนวนประชากรอย่างรวดเร็วเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน ในด้านทรัพยากรธรรมชาติ ที่ทำมาหากิน อาหาร น้ำสะอาด โรงเรียน สถานพยาบาล การวางแผนครอบครัวที่ดีเหมาะสม จะช่วยลดอัตราการเจริญพันธุ์ของชุมชน ลดมลภาวะ ซึ่งจะทำให้การพัฒนาชุมชนดีขึ้น การเจริญพันธุ์ต่ำทำให้ไม่ต้องแย่งกันอยู่แย่งกันใช้ เป็นการลดความเครียดในชุมชน และสมาชิกในชุมชนก็จะได้รับสวัสดิการสังคมที่ดีขึ้น

ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดต่อการชะลอการเกิดของประชากร

ประสิทธิภาพของวีธีคุมกำเนิดนั้นเป็นเรื่องของผลการใช้ในแต่ละคน (ดูเรื่องวิธีคุมกำเนิด) แต่ละครอบครัวที่ปฏิบัติวิธีการคุมกำเนิดต่างๆ จะมีผลต่อการชะลอการเกิดของประชากรในชุมชนหรือไม่ ย่อมขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง ได้แก่

1. อัตราความล้มเหลวในการคุมกำเนิดของแต่ละวิธี
2. ความยาวนานของการปฏิบัติ (คิดเป็นอัตราคงใช้ ถ้าอัตราคงใช้ใน 12, 18, 24 เดือน หรือมากกว่ามีอัตราที่สูง หมายความว่าใช้อยู่นาน) จะมีผลในการชะลอการเกิดมาก
3. อายุที่เริ่มคุมกำเนิด ถ้าเริ่มคุมเมื่ออายุน้อยจะได้ผลสูง

4. จำนวนบุตรที่มีอยู่แล้ว ถ้ามีจำนวนบุตรน้อยคนแล้วคุมกำเนิด ก็จะได้ผลสูงกว่าผู้ที่มีบุตรหลายคนแล้วเพิ่งมาคุม
5. ความมีบุตรยากง่ายของผู้ที่คุมกำเนิด
6. วิธีคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ก่อน การเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดจากวิธีชั่วคราวเป็นวิธีถาวร จะให้ผลสูงในด้านการชะลอการเกิด แต่ถ้าเปลี่ยนเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวด้วยกันก็จะไม่มีผลในด้านการชะลอการเกิด
7. จำนวนบุตรที่ต้องการมี ถ้าต้องการมีน้อยผู้ใช้การคุมกำเนิดจะพยายามปฏิบัติอย่างถูกวิธี ผลก็คือ จะมีบุตรน้อยและได้ผลในการชะลอการเกิดสูง

ประโยชน์และอันตรายที่เกิดจากการคุมกำเนิด

ผู้ให้คำปรึกษาและให้บริการคุมกำเนิด ควรจะได้พิจารณาระหว่างอันตราย หรือความปลอดภัยของการใช้กับประโยชน์ต่อสุขภาพของการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีควบคู่กันไปด้วย

ความปลอดภัยของวิธีคุมกำเนิดนั้น สามารถพิจารณาได้จากองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ (1) ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิด (2) ประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ (3) อันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีย่อมแตกต่างกัน และในสถานการณ์บางอย่าง เช่น สภาพเศรษฐกิจและสังคมที่ต่างกัน วิธีคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ ย่อมให้ผลต่างกันด้วย เพื่อให้เข้าใจง่าย อาจจะแบ่งวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ที่ใช้กันอยู่มากเป็น 5 กลุ่ม (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 กลุ่มของวิธีคุมกำเนิดจำแนกตามประสิทธิภาพ ประโยชน์ และอันตรายต่อสุขภาพ [4]

กลุ่มของวิธีคุมกำเนิด	ประสิทธิภาพ	ประโยชน์ต่อสุขภาพ	อันตรายต่อสุขภาพ
1. งดร่วมเพศ	สูงที่สุด	ไม่มี	ไม่มี
2. หลั่งภายนอกช่องคลอด งดร่วมเพศบางช่วงเวลา	ต่ำ	ไม่มี	ไม่มี
3. วิธีขวางกั้น	ปานกลาง	มีบ้าง	ไม่มี
4. ฮอร์โมนคุมกำเนิด	สูงมาก	มีมาก	มี
5. ห่วงอนามัย ทำหมัน	สูงมาก	ไม่มี	มีบ้าง

กลุ่มที่ 1 **ประสิทธิภาพสูง ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและไม่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้**
กลุ่มนี้ได้แก่ การงดร่วมเพศในช่วงเวลาหนึ่งอาจจะงดร่วมเพศ 3 - 6 เดือน เช่น ในช่วงหลังคลอด ซึ่งยังมีการปฏิบัติกันในหลาย ๆ แห่ง

กลุ่มที่ 2 **ประสิทธิภาพต่ำ ไม่มีประโยชน์ต่อสุขภาพและไม่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้**
กลุ่มนี้ได้แก่ การหลั่งภายนอกช่องคลอด และการงดร่วมเพศบางช่วงเวลา (นับระยะปลอดภัย)

กลุ่มที่ 3 **ประสิทธิภาพปานกลาง มีประโยชน์ต่อผู้ใช้บ้างแต่ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ**

กลุ่มนี้ได้แก่ การคุมกำเนิดโดยวิธีขวางกั้น (barrier methods) เช่น ถุงยางอนามัย หมวกยางครอบปากมดลูกหรือหมวกยางกั้นช่องคลอด และยาฆ่าตัวอสุจิ ประโยชน์ที่เห็นได้ชัดเจนก็คือ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted diseases) เช่น โรคเอดส์ และมะเร็งปากมดลูก ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อ HPV (human papilloma virus) วิธีคุมกำเนิดในกลุ่มนี้ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพ วิธีเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ก็อาจจะจัดอยู่ในกลุ่มนี้ได้ เพราะมีประโยชน์ต่อสุขภาพของแม่และลูกมาก โดยที่ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่สูงนัก

กลุ่มที่ 4 **ประสิทธิภาพสูง มีประโยชน์และมีอันตรายต่อผู้ใช้อยู่บ้าง**

กลุ่มนี้ได้แก่ การคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด เป็นต้น

กลุ่มที่ 5 **ประสิทธิภาพสูง ไม่มีประโยชน์อื่นต่อสุขภาพ และมีอันตรายอยู่บ้างเนื่องจากเป็นหัตถการ**

กลุ่มนี้ได้แก่ ห่วงอนามัย และการทำหมัน

ทั้งหมดนี้ยังไม่มีกลุ่มหรือวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง มีประโยชน์ต่อสุขภาพมาก และไม่มีอันตรายเลย

1. ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดกับอัตราการตายจากการตั้งครรภ์

การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด นอกจากพิจารณาถึงผลสำเร็จในการป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังต้องพิจารณาถึงอันตรายต่อสุขภาพถ้าสตรีนั้นตั้งครรภ์ขึ้นมา องค์ประกอบที่สำคัญ 2 อย่าง คือ อัตราการตายของมารดา และการบริการทำแท้งที่ปลอดภัย ในประเทศกำลังพัฒนานั้นอัตราการตายของมารดาสูงมาก ความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด (contraceptive failure) จะทำให้อัตราการตายของมารดาสูงทั้งจากการคลอดและการทำแท้งไม่ปลอดภัย แต่ถ้าประเทศนั้นมีการบริการทำแท้งอย่างปลอดภัย แม้ว่าจะใช้วิธีคุมกำเนิดที่ประสิทธิภาพไม่สูงก็ยังไม่มีปัญหามากนัก เพราะถ้าเกิดการตั้งครรภ์ก็สามารถไปรับบริการทำแท้งได้โดยปลอดภัย พบว่าช่วยลดอัตราการตายของมารดาลงได้ไม่น้อย

นอกจากนี้ การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดยังต้องพิจารณาถึงประสิทธิภาพของวิธีนั้นๆ ควบคู่กับความต้องการของแต่ละคน กล่าวคือ ถ้าไม่ต้องการให้ผู้ใช้นั้นตั้งครรภ์เนื่องจากมีโรคแทรกซ้อนหรือมีภาวะเสี่ยงสูง เช่น มีบุตรเมื่ออายุยังน้อย หรืออายุมากเกินไป มีบุตรถี่ มีบุตรมากพอแล้ว หรือวัยรุ่นที่ยังไม่แต่งงาน วิธีคุมกำเนิดที่ใช้นั้น ควรเป็นชนิดที่ประสิทธิภาพเหนือกว่าวิธีที่ใช้เพื่อเว้นระยะการมีบุตรอย่างเดียว

การตายเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ และการคุมกำเนิด

ผลของวิธีคุมกำเนิดต่ออัตราการตายของมารดา ได้แสดงไว้ในตารางที่ 2 จะเห็นได้ชัดเจนว่าในประเทศกำลังพัฒนาอัตราการตายของมารดาที่ไม่ได้คุมกำเนิดจะสูงเป็น 4 - 25 เท่า ของผู้ที่ใช้การคุมกำเนิด เพราะอัตราการตายจากการตั้งครรภ์สูงมาก ตรงกันข้ามในประเทศพัฒนาแล้วอัตราการตาย

ของมารดาจากการใช้และไม่ใช้การคุมกำเนิดไม่แตกต่างกันมากนัก และการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพไม่สูงนัก เช่น วิธีคุมกำเนิดแบบขวางกั้น (ถุงยางอนามัย หมวกยางครอบปากมดลูก) พบว่า อัตราการตายของมารดาไม่ต่างไปจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัย เพราะว่าถ้าเกิดตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมก็สามารถไปรับบริการทำแท้งได้โดยปลอดภัย แต่จะหาบริการเช่นนี้ได้ยากในประเทศที่กำลังพัฒนา

ตารางที่ 2 อัตราการตายจากการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา (อัตราต่อสตรีวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 - 44 ปี 100,000 ราย ต่อ 1 ปี)

วิธีคุมกำเนิด	อัตราการล้มเหลว (ต่อสตรี 100 คน ต่อปี)	จำนวนตั้งครรภ์จากความล้มเหลว	จำนวนมารดาตายจากการตั้งครรภ์	จำนวนมารดาตายจากการคุมกำเนิด	รวมมารดาตายจากการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด
ประเทศพัฒนาแล้ว			(25 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	0.0	60,000	15	0	15
ยาเม็ดคุมกำเนิด	1.0	1,000	< 1	3	< 4
ห่วงอนามัย	3.0	3,000	< 1	1	< 2
ถุงยางอนามัยและหมวกยาง	15.0	15,000	4	0	4
ประเทศกำลังพัฒนา			(500 ต่อการเกิดมีชีพ 100,000 ราย)		
ไม่ได้คุมกำเนิด	0.0	60,000	300	0	300
ยาเม็ดคุมกำเนิด	2.0	2,000	10	3	13
ห่วงอนามัย	3.0	3,000	15	1	16
ถุงยางอนามัยและหมวกยาง	15.0	15,000	75	0	75

หมายเหตุ หมวกยาง = หมวกยางกั้นช่องคลอด หรือหมวกยางครอบปากมดลูก (diaphragm and cervical cap)

อัตราการล้มเหลวของวิธีคุมกำเนิดในปัจจุบันอาจจะต่างไปจากนี้บ้าง

ที่มา : ดัดแปลงจาก Potts M.[5]

อัตราการตายของมารดาเนื่องจากการคุมกำเนิดและความล้มเหลวจากการคุมกำเนิด นอกจากจะขึ้นอยู่กับวิธีการคุมกำเนิดนั้นๆ แล้ว ยังขึ้นอยู่กับอายุของผู้ใช้และพฤติกรรมอื่น เช่น การสูบบุหรี่ เป็นต้น รายงานจากสหรัฐอเมริกาใน พ.ศ. 2526 แสดงถึงอัตราการตายของมารดาทั้งที่เกิดจากความล้มเหลวในการคุมกำเนิดและผลแทรกซ้อนจากวิธีคุมกำเนิดในช่วงอายุต่างๆ กัน จะเห็นได้ชัดเจนว่า อายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป สูบบุหรี่และใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด มีอัตราการตายสูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับการคุมกำเนิดวิธีอื่นๆ หรือไม่ได้คุมกำเนิดเลย สำหรับผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยถ้าเกิดการล้มเหลว มีการตั้งครรภ์และทำแท้งให้ได้จะมีอัตราการตายต่ำที่สุด (ดูตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อัตราการตายสะสมของการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ต่อสตรี 100,000 ราย

วิธีคุมกำเนิด	อายุ (ปี)			รวม 15 - 44
	15 – 34	35 - 39	40 – 44	
ถุงยางอนามัย / ทำแท้ง	1	< 1	< 1	1
ทำหมัน	-	-	-	-
ถุงยางอนามัย	19	2	2	23
ทำแท้ง	26	9	6	41
ห่วงอนามัย	25	10	10	45
หมวกยาง + ยาฆ่าอสุจิ	28	11	14	53
นับระยะปลอดภัย	36	14	18	68
ยาเม็ดคุมกำเนิด (ไม่สูบบุหรี่)	21	70	160	251
ยาเม็ดคุมกำเนิด (สูบบุหรี่)	132	257	588	977
ไม่คุมกำเนิด	192	129	141	462

ที่มา : Ory HW [6]

2. ประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้วิธีคุมกำเนิด

การคุมกำเนิดนอกจากจะเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์แล้วย่อมเป็นประโยชน์ต่อมารดา ต่อบุตร ต่อครอบครัว ต่อชุมชน และต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศ เมื่อพิจารณาถึงเรื่องของประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของผู้ใช้ อาจจะแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ประโยชน์ต่อสุขภาพของมารดาและบุตร การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด[4]

ก. ประโยชน์ต่อสุขภาพอนามัยของมารดาและบุตร

มารดาที่ตั้งครรภ์เมื่ออายุยังน้อย ตั้งครรภ์เมื่ออายุมากเกินไป ตั้งครรภ์ถี่ และมีบุตรมากย่อมมีอัตราการเจ็บป่วยทุพพลภาพ และอัตราการตายสูงจากการตั้งครรภ์ การคลอดหรือการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย การวางแผนครอบครัวโดยการคุมกำเนิดจะทำให้สตรีส่วนใหญ่มีบุตรน้อยลงและมีบุตรห่างขึ้น การมีบุตรในระยะเวลาและอายุที่เหมาะสมจะช่วยลดอัตราเสี่ยงที่เกิดจากการตั้งครรภ์และช่วยลดการตายจากการทำแท้ง

ผิดกฎหมาย ดังนั้น การวางแผนครอบครัวจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้มารดามีสุขภาพดี และยังช่วยสงวนงบประมาณของโรงพยาบาล ที่ไม่ต้องใช้ในการรักษาภาวะแทรกซ้อนจากการทำแท้ง โรคแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์และการคลอด ตลอดจนช่วยสงวนเตียงรับผู้ป่วยและเวลาของแพทย์ พยาบาล เพื่อมาใช้ประโยชน์ในการรักษาพยาบาลผู้อื่นแทน ผลต่อบุตรก็เช่นเดียวกัน มารดาที่ใช้การคุมกำเนิดจะมีบุตรเมื่อตนเองปรารถนาและวางแผนไว้ ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดทารกน้ำหนักน้อย บุตรที่เกิดมาย่อมได้รับการเลี้ยงดูที่ดี รวมทั้งถ้าได้รับการเลี้ยงด้วยนมแม่ ย่อมมีประโยชน์ต่อสุขภาพของลูกในด้านการได้รับสารอาหารที่เพียงพอได้รับภูมิคุ้มกันโรค ลูกจึงมีสุขภาพดี การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ยังช่วยเว้นระยะการมีบุตรให้ห่างออกไป ช่วยรักษาและถนอมสุขภาพของแม่มิให้ทรุดโทรม จากการตั้งครรภ์และคลอดลูกถี่เกินไป นอกจากนี้ การวางแผนครอบครัวจะช่วยยกฐานะเศรษฐกิจของครอบครัวให้สูงขึ้น สวัสดิการของครอบครัวดีขึ้น สามีภรรยามีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ และได้อยู่ใกล้ชิดกันมากขึ้น ช่วยปรับปรุงชีวิตสมรสให้ดีขึ้น สภาพเศรษฐกิจสังคมของชุมชนและประเทศชาติก็จะดีขึ้นตามไปด้วย

ข. การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เป็นที่ทราบกันดีมานานแล้วว่า วิธีคุมกำเนิดแบบขวางกั้น ได้แก่ ถุงยางอนามัยทั้งชนิดที่ใช้กับฝ่ายชาย และฝ่ายหญิง รวมทั้งหมวกยางและยาฆ่าตัวอสุจิ สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ รวมทั้งโรคร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ เป็นต้น นอกจากนี้ยังป้องกันผลตามมาของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกคือ ป้องกันการเป็นหมันจากการอักเสบในอุ้งเชิงกราน ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคหลายชนิด (เช่น ซิฟิลิส และโรคเอดส์) สู่ทารก

ค. ประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด

ฮอร์โมนคุมกำเนิดนอกจากป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว สามารถลดอุบัติการของโรคต่างๆ หลายโรคที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขของประเทศที่กำลังพัฒนา เช่น anemia, ectopic pregnancy และ acute PID เป็นต้น (ดูรายละเอียดในบทที่ 3)

3. อันตรายต่อสุขภาพของผู้ที่ใช้วิธีคุมกำเนิด อาจจะแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ

ก. มีอันตรายต่อสุขภาพ

ข. สงสัยว่าอาจจะมีอันตราย เนื่องจากยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนหรือกำลังอยู่ในขั้นศึกษาติดตามผล

บุคลากรทางการแพทย์ควรจะได้ทำความเข้าใจในเรื่องนี้ให้แน่ชัดว่าวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้จริงๆ หรืออยู่ในขั้นที่สงสัยว่าจะเกิดเท่านั้น

วิธีคุมกำเนิดกลุ่มที่ 1, 2, 3 ตามตารางที่ 1 ได้แก่ การงดร่วมเพศ การนับระยะปลอดภัย (งดร่วมเพศบางช่วงเวลา) และใช้วิธีขวางกั้นนั้น ไม่มีอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้ แต่ก็มีข้อสงสัยที่ว่าการใช้ระยะปลอดภัย อาจจะมีข้อผิดพลาดทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือมีทารกพิการ การใช้หมวกยางกั้น

ช่องคลอดหรือครอบปากมดลูก อาจจะส่งเสริมให้เกิดทางเดินปัสสาวะอักเสบ ยาฆ่าตัวอสุจิก็อาจจะทำให้ตับเสื่อมสมรรถภาพ และถ้าเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมาอาจจะทำให้ทารกพิการได้ ที่กล่าวมาทั้งหมดนี้มักจะพบในรายงานผู้ป่วยอย่างละ 1-2 ราย โดยที่ยังไม่มีใครสามารถบอกได้ว่าเกิดจากวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ จริงหรือไม่ จากการศึกษาอย่างมีระบบโดยใช้หลักทางระบาดวิทยา ก็พบว่าการใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ ในกลุ่มนี้ มิได้ทำให้ความพิการของทารกเพิ่มขึ้นแต่อย่างใดทั้งที่กำลังใช้แล้วเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น หรือตั้งครรภ์เมื่อเลิกใช้ไปแล้ว [7, 8]

วิธีคุมกำเนิดกลุ่มที่ 4 ฮอร์โมนคุมกำเนิด ในอดีตได้มีการศึกษากันมากเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด เนื้องอกของตับ และลดปริมาณน้ำนมมารดาทำให้ทารกได้น้ำนมมารดาน้อย เป็นต้น ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้อัตราเสี่ยงต่อการเกิด deep vein thrombosis และ myocardial infarction เพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นที่น่าสังเกตว่าปริมาณฮอร์โมนในยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ต่ำกว่าชนิดที่ใช้ในอดีตมาก ถ้าศึกษาติดตามผลต่อไป อัตราการเกิดโรคต่างๆ เหล่านี้ และอัตราการตายก็น่าจะลดลง ในปัจจุบันอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในประเทศกำลังพัฒนาก็น้อยกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว การทำการวิจัยอย่างจริงจังในประเทศกำลังพัฒนาเท่านั้นที่จะบอกได้ว่ามีอันตรายหรือไม่ และมากน้อยเท่าใด

นอกจาก 4 โรคที่กล่าวข้างต้นแล้ว ก็เป็นที่น่าสงสัยกันอยู่ว่า การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด (ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และแหวนใส่ในช่องคลอด เป็นต้น) จะทำให้เกิดมะเร็งปากมดลูกหรือไม่ เท่าที่ได้ศึกษาด้วยวิธีการต่างๆ และติดตามผลเป็นระยะเวลานานก็ยังไม่มีหลักฐานยืนยันหรือพิสูจน์ได้แน่ชัดว่ามะเร็งนั้น ๆ เกิดจากการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด

ฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่ได้เพิ่มอุบัติการของความพิการของทารกในรายที่ใช้แล้วเกิดความล้มเหลวหรือตั้งครรภ์หลังจากหยุดใช้ [7, 8]

วิธีคุมกำเนิดกลุ่มที่ 5 ได้แก่ การทำหมันและการใส่ห่วงอนามัย การทำหมันมีอันตรายอยู่บ้างเกี่ยวกับเทคนิคการผ่าตัด สำหรับระยะยาวนั้น ได้มีการกล่าวถึงว่าอาจจะเกิด atherosclerosis, autoimmune conditions ในผู้ทำหมันชาย แต่ก็ได้มีผู้พิสูจน์แล้วว่าไม่มีหลักฐานแน่นอน การทำหมันหญิงถ้ามีความล้มเหลวอาจเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก และมีการเปลี่ยนแปลงของรอบระดู ซึ่งจากการศึกษาผู้ที่ทำหมันหญิงจากโรงพยาบาลรามาธิบดีและที่อื่นๆ อีกหลายแห่ง ก็พบว่าการเปลี่ยนแปลงของระดูนั้นขึ้นอยู่กับวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ก่อนมารับการทำหมันมากกว่าเป็นผลจากการทำหมัน [9] ผู้ที่ใช้ห่วงอนามัย อาจจะเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เลือดประจำเดือนออกมาก ห่วงทะลุ การอักเสบในอุ้งเชิงกราน ทำให้เป็นหมันถ้าตั้งครรภ์ขณะที่ยังใส่ห่วงอยู่อาจเกิดการแท้งติดเชื้อได้ง่าย และมีผู้กล่าวว่าอาจจะทำให้เกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูกได้มากขึ้น ซึ่งจากการศึกษาทางระบาดวิทยาก็พบว่าห่วงอนามัยไม่ได้เพิ่มอัตราการตั้งครรภ์นอกมดลูกแต่อย่างใด [10] นอกจากนี้ในผู้ที่ตั้งครรภ์ขณะที่ใส่ห่วงอนามัยอยู่ก็ไม่พบความพิการของทารก [7]

การเพิ่มความปลอดภัยในการคุมกำเนิด [4]

จากที่กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าวิธีคุมกำเนิดต่างๆ นั้น มีประโยชน์ทั้งในด้านการคุมกำเนิดและประโยชน์ต่อสุขภาพมากกว่าอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้ อย่างไรก็ตาม จะต้องพยายามทุกวิถีทาง

ที่จะทำให้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ปลอดภัยที่สุดสำหรับผู้ใช้ ซึ่งจะต้องพิจารณาทั้งทางด้านผู้บริหารโครงการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และนักวิจัย โดยมีข้อเสนอเพื่อพิจารณาดังนี้

1. ข้อเสนอสำหรับผู้บริหารโครงการ

ก. ผู้บริหารโครงการควรตระหนักว่าวิธีคุมกำเนิดต่างๆ นั้น ไม่สามารถเทียบกันได้ว่าวิธีไหนจะปลอดภัยกว่าอีกวิธีหนึ่ง เพราะความปลอดภัยของวิธีคุมกำเนิดนั้นมิใช่ขึ้นอยู่กับวิธีคุมกำเนิดอย่างเดียว แต่ขึ้นอยู่กับสภาวะแวดล้อมและกลุ่มผู้ใช้

ข. ควรมีบริการคุมกำเนิดหลายๆ วิธี เพื่อให้ผู้ใช้สามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม และปลอดภัยสำหรับตนเอง

ค. ควรมีบริการคุมกำเนิดวิธีที่ได้พัฒนาให้ดีขึ้นแล้ว เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนต่ำ ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด เป็นต้น

ง. ควรกระจายบริการอย่างกว้างขวางสู่ชุมชนให้มาก

2. ข้อแนะนำสำหรับผู้ให้บริการคุมกำเนิด

ก. คัดเลือกผู้รับบริการที่เหมาะสม ถ้ามีปัญหาควรแนะนำเปลี่ยนวิธีที่เห็นว่าดีกว่า

ข. ให้คำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิด ให้คำแนะนำวิธีใช้หรือปฏิบัติตนอย่างละเอียดถี่ถ้วน จนแน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

ค. ให้คำปรึกษา ขจัดข่าวลือ แก้ไขภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วทันท่วงที

3. ข้อแนะนำสำหรับผู้รับบริการ

ผู้ให้บริการควรจะทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติคุมกำเนิดของผู้รับบริการซึ่งแตกต่างไปจากสิ่งที่ผู้ให้บริการคิดหรือเข้าใจดังนี้

ก. ส่วนใหญ่ของผู้รับบริการจะได้รับความรู้ข้อมูลข่าวสารจากสื่อมวลชน เพื่อนหรือญาติ ซึ่งมักจะสนใจเฉพาะด้านภาวะแทรกซ้อนและความล้มเหลวของวิธีคุมกำเนิด

ข. ผู้รับบริการจะไม่สนใจถึงประโยชน์ต่อสุขภาพของวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ และในทางตรงข้ามก็ไม่ตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการตั้งครรภ์และคลอดบุตร ถ้าไม่คุมกำเนิด

ค. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติของวิธีคุมกำเนิดและภาวะแทรกซ้อนขึ้นอยู่กับความสนใจและความตั้งใจที่จะใช้ของผู้รับบริการคุมกำเนิดนั้นๆ ถ้าผู้รับบริการให้ความสนใจกับวิธีปฏิบัติ หรือถ้ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นก็กลับมาติดต่อผู้ให้บริการ วิธีคุมกำเนิดที่ใช้อยู่ก็จะมีประสิทธิภาพสูงและภาวะแทรกซ้อนน้อย ดังนั้น การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษา จึงมีความจำเป็น และเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้รับบริการ

4. ข้อแนะนำสำหรับนักวิจัยวางแผนครอบครัว

ก. ควรศึกษาติดตามผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง (post marketing surveillance)

ข. ติดตามผลระยะยาว

บทที่ 2

การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์
(Counseling for Family Planning and Reproductive Health)

กอบกาญจน์ มหัทธโน
สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์

คำนำ

ความหมาย

ความสำคัญของการปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว
และอนามัยการเจริญพันธุ์

รูปแบบการให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว
และอนามัยการเจริญพันธุ์

ทักษะในการให้การปรึกษา

มารยาทในการให้การปรึกษา

ข้อแนะนำในการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 2

การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ (Counseling for Family Planning and Reproductive Health)

กอบกาญจน์ มหัทธโน
สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์

คำนำ

การดำเนินงานวางแผนครอบครัวในอดีต ประเทศไทยประสบความสำเร็จจนเป็นที่ยอมรับในระดับสากลจนทำให้อัตราเพิ่มประชากรลดลง จำนวนประชากรเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ซึ่งนับเป็นความสำเร็จเชิงปริมาณ กล่าวคือ สามารถจูงใจและให้บริการคุมกำเนิดด้วยวิธีต่างๆ แก่ผู้รับบริการได้จำนวนมากจนสามารถบรรลุเป้าหมายของโครงการ หรือเป้าหมายทางประชากรและการพัฒนาของประเทศได้ แม้กระนั้นเรายังมิอาจสรุปได้ว่าเป็นผลงานที่สมบูรณ์และน่าพึงพอใจ หากผู้รับบริการคุมกำเนิดเหล่านั้นตัดสินใจทำการคุมกำเนิดโดยที่ยังไม่มีความรู้ความเข้าใจอย่างแจ่มแจ้ง ถึงประสิทธิภาพและผลที่จะตามมาจากการคุมกำเนิดแต่ละวิธีหรือถูกจูงใจด้วยสิ่งตอบแทนต่างๆ เมื่อตัดสินใจคุมกำเนิดแล้วรู้สึกผิดหวังในสิ่งที่ตนทำไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการคุมกำเนิดชนิดที่ไม่สามารถเลิกหรือเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

จากผลการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนาที่กรุงไคโร ประเทศอียิปต์ เมื่อปี พ.ศ. 2537 ได้เสนอแนะให้ประเทศต่างๆ ให้ความสำคัญกับคุณภาพบริการ และการให้บริการวางแผนครอบครัวที่ผสมผสานอนามัยการเจริญพันธุ์มากขึ้น เพื่อเป็นหลักประกันว่าการรับบริการคุมกำเนิดทุกครั้งเป็นการตัดสินใจโดยสมัครใจบนพื้นฐานแห่งความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องถึงประสิทธิภาพ ประสิทธิผลตลอดจนผลกระทบทั้งทางบวกและทางลบของการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ และเพื่อให้ผู้รับบริการเกิดความรู้สึกพึงพอใจในสิ่งที่ตัวเองตัดสินใจเลือกไปแล้ว ซึ่งมีหลักฐานยืนยันได้ว่าการให้การปรึกษาช่วยให้ผู้รับบริการพอใจกับวิธีคุมกำเนิดที่ตนเลือกและมีอัตราการใช้ที่ต่อเนื่องยาวนาน ดังนั้น การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์จึงมีความสำคัญมีคุณค่าและจำเป็นอย่างยิ่งต่อการให้บริการวางแผนครอบครัวที่มีคุณภาพ

ความหมาย

การให้การปรึกษา หมายถึง กระบวนการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลโดยอาศัยการสื่อสารแบบสองทางระหว่างบุคคลหนึ่งในฐานะผู้ให้การปรึกษา ซึ่งทำหน้าที่เอื้ออำนวยให้อีกฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเป็นผู้รับการปรึกษาได้สำรวจและทำความเข้าใจถึงสิ่งที่เป็นปัญหาและแสวงหาหนทางแก้ไขปัญหาเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง [(1)]

การวางแผนครอบครัว หมายถึง การบริการเพื่อให้คู่สมรสมีบุตรในเวลาที่ต้องการ ป้องกันการเกิดบุตรที่ไม่พึงปรารถนา เว้นช่วงการมีบุตรในระยะเวลาที่เหมาะสมและมีบุตรจำนวนพอเหมาะกับสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และภาวะทางสังคม เศรษฐกิจ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสุขแก่ตนเอง ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ [(2)]

อนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง “ภาวะความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายและจิตใจที่เป็นผลสัมฤทธิ์อันเกิดจากกระบวนการและหน้าที่ของการเจริญพันธุ์ที่สมบูรณ์ทั้งชายและหญิงทุกช่วงอายุ ซึ่งทำให้เขาเหล่านั้นมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข” อนามัยการเจริญพันธุ์ประกอบไปด้วย การวางแผนครอบครัว อนามัยแม่และเด็ก โรคเอดส์ โรคติดเชื้อในระบบสืบพันธุ์ มะเร็งระบบสืบพันธุ์ การแท้งและภาวะแทรกซ้อน ภาวะมีบุตรยาก เพศศึกษา อนามัยวัยรุ่น ภาวะหลังวัยเจริญพันธุ์และผู้สูงอายุ [(3)]

การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ หมายถึง กระบวนการสื่อสารระหว่างบุคคลแบบสองทางที่ผู้ให้การปรึกษาต้องมีความรู้ความสามารถในด้านวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพื่อที่จะให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนแจ่มแจ้งแก่ผู้ขอรับคำปรึกษา จนสามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดได้ด้วยตนเอง และตัดสินใจขอรับบริการคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับความต้องการของตน [(4)] ตลอดจนสามารถป้องกันปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้

ความสำคัญของการปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์

เป้าหมาย หรือจุดประสงค์ในการให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ คือ ทำให้ผู้รับบริการมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และอนามัยการเจริญพันธุ์ จนสามารถตัดสินใจที่จะเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองด้วยความสมัครใจและมั่นใจขจัดความสงสัย ความกลัว และข่าวลือต่างๆ รวมทั้งช่วยให้เขาเกิดความมั่นใจในการตัดสินของตนเอง [(4)] นอกจากนี้ ผู้รับบริการอาจยังมีความต้องการอื่นๆ ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ มะเร็งในระบบสืบพันธุ์ เพศศึกษา การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เป็นต้น แต่สังคมไทยยังมองว่าเรื่องเหล่านี้เป็นเรื่องส่วนตัว น่าอาย ทำให้ผู้รับบริการบางคนรู้สึกอายที่จะพูดให้ผู้อื่นรับทราบ และไม่แน่ใจว่าผู้ให้การปรึกษาจะเป็นมิตรและรักษาความลับได้ จึงไม่กล้าที่จะเริ่มต้นพูดถึงประเด็นเหล่านี้ ดังนั้นในขณะที่ให้การปรึกษาเรื่องคุมกำเนิด ผู้ให้การปรึกษาจะต้องคำนึงถึงประเด็นอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ อยู่เสมอ โดยยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เพราะผู้รับบริการแต่ละคนอาจมีปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องไม่เหมือนกัน โดยผู้ให้การปรึกษาต้องเป็นผู้ริเริ่มในการพูดคุยและเปิดประเด็นขึ้นมา จะช่วยให้ผู้รับบริการกล้าที่จะถามหรือพูดถึงปัญหาหรือสิ่งที่ค้างคาใจต่างๆ ด้านเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ [(5)] ซึ่งนอกจากจะตอบสนองด้านการคุมกำเนิดแล้วยังจะเป็นการป้องกันมิให้เกิดปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ ในอนาคตอีกด้วยการให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ นับได้ว่าเป็นการให้การปรึกษาแบบผสมผสาน ซึ่งหลักสำคัญคือ ให้การปรึกษาเรื่องวางแผนครอบครัวผนวกกับอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ ทั้ง 10 เรื่องที่เหมาะสมตามอายุ โดยยึดคนเป็นศูนย์กลาง หากทำได้ก็จะเป็นการให้การปรึกษาที่มีคุณภาพและประสิทธิภาพสูง นอกจากนี้ การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์สามารถให้บริการได้ในทุกสถานบริการ หรือแม้แต่ขณะเยี่ยมบ้าน

รูปแบบการให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ [5, 6]

เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ให้การปรึกษาที่จะสร้างความมั่นใจว่าการให้การปรึกษาได้ดำเนินไปถูกทาง จึงขอเสนอกระบวนการให้การปรึกษาเพื่อผสมผสานงานอนามัยการเจริญพันธุ์ที่นิยมใช้อย่างแพร่หลายคือ REDI framework ซึ่งย่อมาจาก R = rapport - building หมายถึง การสร้างความอบอุ่นใจ E = exploration หมายถึง การสำรวจปัญหา D = decision หมายถึง การตัดสินใจ I = implementing the decision หมายถึง การตัดสินใจนำไปปฏิบัติ

รูปแบบ REDI ให้ความสำคัญกับการตัดสินใจและสามารถนำไปปฏิบัติโดยตัวผู้ขอรับบริการเอง ผู้ให้การปรึกษาเสนอแนวทางให้ผู้รับบริการปฏิบัติในบริบทของสัมพันธภาพทางเพศและสังคม นอกจากนี้ยังเป็นประเด็นท้าทายให้ผู้รับบริการเผชิญกับสิ่งที่ได้ตัดสินใจโดยผู้ให้การปรึกษาแนะนำทักษะต่างๆ ที่จะช่วยผู้รับบริการให้บรรลุผลสำเร็จในการนำไปปฏิบัติในสิ่งที่ตัวเองได้ตัดสินใจเลือก

ดังนั้น การเข้าใจและการค้นหาบริบททางสังคมที่มีผลต่อการตัดสินใจเป็นสิ่งที่ต้องระมัดระวังในการช่วยผู้รับบริการให้เข้าใจปัจจัยเสี่ยง และมีการตัดสินใจตามความเป็นจริงเกี่ยวกับเรื่องต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งอนามัยแม่และเด็ก เป็นต้น บริบททางสังคมนี้รวมถึงผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการ เช่น คู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือเพื่อน ตลอดจนการคาดการล่วงหน้าถึงผลที่จะตามมาจากการตัดสินใจ เช่น การแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยกับสามี อาจนำไปสู่ความรุนแรงในครอบครัวได้ ซึ่งผู้ให้การปรึกษาต้องตระหนักในประเด็นดังกล่าวเป็นอย่างดี

REDI เป็นรูปแบบที่มีประโยชน์ แต่มิได้หมายความว่าต้องปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด REDI สามารถรวมขั้นตอนและหัวข้อต่างๆ ในระหว่างการให้การปรึกษา แต่ต้องให้ครอบคลุมความต้องการและปัจจัยเสี่ยงของผู้รับบริการด้วย

REDI Framework ประกอบไปด้วยขั้นตอนต่างๆ 4 ขั้นตอน ซึ่งไม่จำเป็นต้องดำเนินการตามลำดับอย่างเคร่งครัด แต่การให้การปรึกษาต้องให้เหมาะสมกับสถานภาพของผู้รับบริการแต่ละบุคคล

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความอบอุ่นใจ (rapport – building)

1. การต้อนรับ แสดงความเต็มใจและยินดีต้อนรับอย่างจริงใจและอบอุ่น ทำให้ผู้รับบริการรู้สึกผ่อนคลาย และสะดวกสบาย
2. การแนะนำ เป็นการกล่าวถึงความตั้งใจที่จะให้ความช่วยเหลือ กล่าวถึงเหตุผลที่ผู้มารับบริการและถามนำในคำถามทั่วๆ ไป เช่น ชื่อ อายุ จำนวนบุตร เป็นต้น
3. อธิบายความสัมพันธ์ของเรื่องเพศ การวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ อธิบายเหตุผลที่จะมีการถามคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ เรื่องโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เนื่องจากเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กัน และแจ้งให้ทราบว่าผู้รับบริการทุกคนจะถูกถามคำถามเหล่านี้ หากประเด็นใดไม่อยากตอบ หรือไม่อยากพูดก็ไม่ต้องตอบ
4. ให้คำรับรองว่าการปรึกษานี้จะเป็นความลับ อธิบายเป้าหมายและนโยบายเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้รับบริการ จัดบรรยากาศให้เป็นส่วนตัวและรับรองว่าจะไม่มีใครได้ยินการสนทนา แม้ว่าไม่สามารถมีห้องแยกเป็นส่วนตัว

ขั้นตอนที่ 2 การสำรวจ (exploration)

1. สำรวจความต้องการของผู้รับบริการ ปัจจัยเสี่ยง ชีวิตทางเพศ บริบทสังคม และประเด็นเกี่ยวข้องอื่นๆ ด้วยการประเมินให้ได้ว่าผู้รับบริการเข้าใจบทบาททางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเองอย่างไร มีความกังวลในเรื่องใด และความคาดหวังในการมาขอรับการปรึกษาครั้งนี้คืออะไร โดยดำเนินการ ดังนี้
   - สำรวจว่าผู้รับบริการมีสัมพันธภาพทางเพศอย่างไรโดยค้นหาว่าผู้รับบริการมีสัมพันธภาพทางเพศที่ปกติหรือไม่มีลักษณะของการได้รับความรุนแรงทางเพศหรือไม่และมีความรู้สึกอย่างไรต่อสัมพันธภาพนั้น ๆ
   - ค้นหาว่าผู้รับบริการมีการพูดคุยสื่อสารเรื่องเพศ การวางแผนครอบครัว โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์กับคู่สมรสหรือไม่ อย่างไร เขาทราบพฤติกรรมทางเพศนอกบ้านของคู่สมรสหรือไม่
   - ซักถามประวัติการตั้งครรภ์ ความรู้ และการปฏิบัติในเรื่องการวางแผนครอบครัว รวมทั้งการคุมกำเนิด
   - ซักถามประวัติการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ อาการปัจจุบันของผู้รับบริการและคู่สมรส
   - ค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งอาจขัดขวางหรือควบคุมการตัดสินใจของผู้รับบริการ เช่น การต้องพึ่งพาเงินทองจากคู่สมรส ความกดดันในกรณีเป็นครอบครัวใหญ่อยู่ร่วมกับบิดา-มารดาคู่สมรส เป็นต้น
2. ประเมินความรู้และให้ข้อมูลตามที่ผู้รับบริการต้องการ ได้แก่ เรื่องการวางแผนครอบครัวโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ การตั้งครรภ์หรืออื่นๆ ตามความจำเป็นของแต่ละบุคคล แก้ไขความเข้าใจผิดและข้อมูลผิดๆ พร้อมทั้งเติมเต็มในสิ่งที่ผู้รับบริการต้องการ
3. ช่วยเหลือผู้รับบริการให้มองเห็นและตัดสินใจด้วยตัวเองในเรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์
   - ถามผู้รับบริการว่าเขาคิดว่าตัวเขาเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์หรือไม่ ทำไมคิดว่าเสี่ยงหรือทำไมคิดว่าไม่เสี่ยง
   - ถามผู้รับบริการว่าเขาคิดว่าคู่สมรสของเขาเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์หรือไม่ ทำไมคิดว่าเสี่ยงหรือทำไมคิดว่าไม่เสี่ยง
   - อธิบายเรื่องวิธีคุมกำเนิดต่างๆ และเน้นในส่วนที่ผู้รับบริการสนใจ หรือคิดว่าน่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้รับบริการ
   - อธิบายการติดต่อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ปัจจัยเสี่ยงของการตั้งครรภ์ตามความจำเป็นและเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมทางเพศของผู้รับบริการและคู่สมรส
   - ช่วยให้ผู้รับบริการตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ไม่พึงปรารถนา

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจ (decision making)

1. สรุปให้ได้ว่าอะไร คือการตัดสินใจที่ผู้รับบริการต้องการในขั้นตอนนี้ โดยการ
    - ช่วยผู้รับบริการเรียงลำดับความสำคัญและเลือกว่าอะไรสำคัญที่สุดที่จะพูดคุยกันในวันนี้
    - อธิบายให้เห็นความสำคัญของการที่ผู้รับบริการ ต้องตัดสินใจด้วยตนเอง
2. สรุปทางออกของแต่ละการตัดสินใจ
    - ผู้ให้และผู้รับการปรึกษาหลายคนรู้สึกว่าการตัดสินใจของผู้รับบริการในเรื่องการคุมกำเนิดและอนามัยการเจริญพันธุ์ถูกจำกัด บทบาทสำคัญของผู้ให้บริการ คือการให้แนวทางที่หลากหลายที่ผู้รับบริการสามารถทำได้โดยให้รู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นภายหลังของแต่ละแนวทาง เหล่านี้เป็นการเสริมพลังหรือส่งเสริมให้ผู้รับบริการสามารถเลือกแนวทางในการคุมกำเนิดด้วยตัวของเขาเองซึ่งเป็นกุญแจสำคัญของการสนับสนุนสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการ
3. ให้ความสำคัญกับผลดี ผลเสีย ผลที่จะเกิดภายหลังของการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ
    - ขอให้แน่ใจว่าได้พูดคุยวิธีการคุมกำเนิดตามความต้องการของผู้รับบริการ แต่ละบุคคลรวมทั้งคำอธิบายในสิ่งที่เขาเลือกและกังวลใจ
    - จัดหาข้อมูลรายละเอียดที่จำเป็นเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดที่ผู้รับบริการเลือก
    - พิจารณาว่าการตัดสินใจนั้นๆ จะมีผลกระทบกระเทือนถึงใครอีกบ้าง
    - ค้นหาร่วมกับผู้รับบริการว่าคิดอย่างไร หากคู่สมรสหรือสมาแชิกในครอบครัวมีปฏิกิริยาต่อต้านวิธีคุมกำเนิดที่เขาเลือก (เช่นการแนะนำให้คู่สมรสใช้ถุงยางอนามัยแนะนำให้สามีทำหมันถ้ามีบุตรเพียงพอแล้วเป็นต้น หรือการพูดคุยเรื่องเพศกับคู่สมรส)
4. ช่วยผู้รับบริการให้สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง ตามความเป็นจริง
    - ถามผู้รับบริการว่าเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใด
    - ให้ผู้รับบริการได้อธิบายเหตุผลที่ตัดสินใจเลือกวิธีนี้
    - ตรวจสอบเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการตัดสินใจเลือกด้วยตนเองโดยปราศจากความกดดันจากคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว เพื่อนหรือผู้ให้บริการให้การปรึกษา
    - ช่วยผู้รับบริการประเมินการตัดสินใจของเขาว่าจะมีผลอย่างไรต่อปัจจัยอื่นๆ เช่น สัมพันธภาพ ชีวิตครอบครัว เศรษฐกิจ

ขั้นตอนที่ 4 การนำผลการตัดสินใจไปปฏิบัติ (implementing the decision)

1. วางแผนอย่างเป็นรูปธรรมเพื่อการปฏิบัติตามวิธีคุมกำเนิดที่ตัดสินใจให้เป็นผลสำเร็จ
    - สิ่งสำคัญคือ การวางแผนในการปฏิบัติต้องมีความเฉพาะเจาะจง หากผู้รับบริการบอกว่าจะเลือกคุมกำเนิดวิธีใด ผู้ให้การปรึกษาต้องถามให้รู้ว่า ทำเมื่อไร ในสถานการณ์แวดล้อมอย่างไร และจะทำอะไรต่อไป ยกตัวอย่างเช่น ผู้รับบริการพูดว่าจะเริ่มใช้ถุงยางอนามัยผู้ให้การปรึกษาควรถามว่าใช้บ่อยเพียงใด จะหาถุงยางจากที่ไหน ต้องใช้เงินเท่าไร จะบอกกับคู่สมรสอย่างไร จะเก็บถุงยางไว้ที่ไหน เป็นต้น

- ถามเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นจากการคุมกำเนิดตามการตัดสินใจ เช่น คู่สมรสจะมีปฏิกิริยาอย่างไร รู้สึกกลัวที่จะได้รับผลในทางลบหรือไม่ จะมีผลกระทบถึงคู่สมรสอย่างไร ผู้รับบริการสามารถสื่อสารในเรื่องการปฏิบัติคุมกำเนิดที่เลือกไว้กับคู่สมรสหรือไม่
- ถามเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม เช่น มีใครที่สามารถช่วยให้ผู้รับบริการดำเนินการใช้วิธีคุมกำเนิดตามที่ตัดสินใจเลือกไว้หรือไม่ ใครเป็นตัวอุปสรรค ผู้รับบริการจะทำอย่างไรหากขาดผู้สนับสนุน หรือมีผู้ขัดขวาง เตรียมทางเลือกที่สองไว้ หากไม่สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดตามที่ตัดสินใจเลือกในครั้งแรกได้

2. สรุปทักษะที่ผู้รับบริการจะต้องใช้ในการคุมกำเนิดให้บรรลุผลสำเร็จ โดยผู้ให้การปรึกษาต้องคอยช่วยเหลือดังนี้
   - ทักษะการสื่อสารและต่อรอง
     - ผู้ให้การปรึกษานำสนทนาเรื่องความกลัว ความกังวลเกี่ยวกับการสื่อสารและต่อรองกับคู่สมรสเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย การคุมกำเนิด เรื่องเพศ และอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ และเสนอความคิดเห็นในการปรับปรุงการสื่อสารและต่อรองของผู้รับบริการ
     - สำหรับผู้รับบริการที่รู้สึกลำบากใจในการต่อรองให้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ก็อาจจะง่ายกว่าในการต่อรองให้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์
     - แสดงบทบาทสมมติสถานการณ์ที่เป็นไปได้ในการสื่อสารต่อรอง
   - ทักษะการใช้ถุงยางอนามัย
     - จัดหาตัวอย่างถุงยางอนามัยชนิดต่างๆ ให้ผู้รับบริการทำความรู้จัก และรู้แหล่งว่าจะไปหาได้จากที่ใด
     - สาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องด้วยอวัยวะเพศจำลอง อธิบายขั้นตอนต่างๆ และให้ผู้รับบริการลองปฏิบัติตามเพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการมีความเข้าใจ
     - สนทนาวิธีการที่จะทำให้การใช้ถุงยางอนามัยได้รับการยอมรับจากคู่สมรส
   - ทักษะในการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่นๆ
     - ทำให้แน่ใจว่าผู้รับบริการเข้าใจวิธีการใช้การคุมกำเนิด ชนิดที่เขาได้เลือกไว้ด้วยการถามคำถามเพื่อตรวจสอบ และให้โอกาสให้เขาได้ซักถามข้อข้องใจต่างๆ
3. วางแผนสำหรับการติดตามผลครั้งต่อไป
   - เชิญชวนให้ผู้รับบริการกลับมารับบริการครั้งต่อไป เพื่อผู้ให้การปรึกษาจะได้สนับสนุนให้เขาปฏิบัติคุมกำเนิดตามวิธีที่เลือกไว้
   - บอก วัน เวลา นัดมารับบริการคุมกำเนิดครั้งต่อไปให้ชัดเจน
   - หากผู้รับบริการเลือกวิธีการที่ไม่มีในสถานพยาบาลของท่านให้ส่งต่อตามระบบเพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้รับบริการ

ทักษะในการให้การปรึกษา [1, 6, 7]

ผู้ให้บริการต้องใช้ทักษะหลากหลายในการให้การปรึกษาตามรูปแบบ REDI ซึ่งการให้การปรึกษา มักทำเป็นรายบุคคลและผู้ให้การปรึกษาควรต้องผ่านการอบรมเป็นพิเศษโดยเฉพาะอย่างยิ่งการฝึกทักษะต่างๆ ที่จำเป็น เพื่อช่วยให้ผู้ให้การปรึกษามีความสามารถและมั่นใจมากขึ้น ทักษะการให้การปรึกษามีหลายด้าน ดังต่อไปนี้

1. ทักษะการฟัง

ผู้ให้การปรึกษาจะต้องฟังอย่างมีประสิทธิผล หมายถึง การรับฟังอย่างใส่ใจสามารถที่จะคงความสนใจและมีจุดรวมอยู่ในเรื่องของผู้รับบริการ เข้าใจเนื้อเรื่อง และอารมณ์ของผู้รับบริการที่แสดงออกมา

แนวทางในการฟังอย่างใส่ใจ มีดังนี้

1.1 พยายามสบสายตาผู้รับบริการตลอดเวลาที่เขาพูด

1.2 ตอบสนองอย่างสงบนิ่ง แม้ว่าจะรับฟังเรื่องที่ทำให้ตกใจ

1.3 ควรคงความเงียบไว้ขณะที่ผู้รับบริการหยุดคิดก่อนที่จะพูดต่อ เพื่อจะให้ผู้รับบริการคิดอย่างต่อเนื่อง

1.4 การทวนคำพูดและสะท้อนความรู้สึกของผู้รับบริการเป็นระยะๆ เพื่อตรวจสอบว่าฟังเนื้อหาที่ผู้รับบริการพูดได้อย่างถูกต้อง

1.5 สังเกตการแสดงออกทางสีหน้า ลักษณะการวางมือ ตลอดจนภาษากายของผู้รับบริการ

1.6 ใช้คำถามปลายเปิด เช่น อะไร อย่างไร

2. ทักษะการใส่ใจ

การใส่ใจเป็นพฤติกรรมที่ดีของผู้ให้การปรึกษาที่แสดงออกมาด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางบอกได้ถึงความพร้อม ความเต็มใจ กระตือรือร้นที่จะช่วยเหลือ เป็นการแสดงความสนใจ การเห็นความสำคัญและการให้เกียรติ ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความอบอุ่นใจและไม่รู้สึกห่างเหิน เช่น การแสดงสีหน้า การประสานสายตา น้ำเสียง เป็นต้น นอกจากนี้ กิริยาการเคลื่อนไหว เช่น โน้มตัวไปข้างหน้า การพยักหน้าบ้างตามสมควร จะทำให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจว่าผู้ให้การปรึกษายอมรับและเข้าใจ ช่วยให้การปรึกษาดำเนินไปด้วยความราบรื่นและสะดวกมากขึ้น

3. ทักษะการให้กำลังใจ

การให้กำลังใจเป็นการแสดงความเห็นใจความเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาได้พูดมาแล้ว และเป็นการสนับสนุนให้เขาได้พูดต่อไป การให้กำลังใจอาจแสดงออกได้ทั้งคำพูด เช่น การตอบรับ “ค่ะ” “ครับ” “อืม....” หรือท่าทาง เช่น การพยักหน้า หรือการทวนซ้ำคำสำคัญๆ ที่ผู้ขอรับการปรึกษาพูดออกมา อันจะทำให้ผู้ขอรับการปรึกษาเห็นว่าผู้ให้การปรึกษารับรู้และเข้าใจในสิ่งที่ตนพูด เป็นการเสริมแรงจูงใจให้ผู้รับการปรึกษาพูดต่อไป

4. ทักษะการทวนคำพูด

การทวนคำพูด หมายถึง การพูดซ้ำคำพูดของผู้รับบริการโดยไม่ได้เปลี่ยนแปลงในแง่ของภาษาหรือความรู้สึกที่แสดงออกมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในสิ่งที่เขาต้องการปรึกษา ช่วยให้เขาเปิดเผยตนเองมากขึ้น และเป็นการตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้ให้การปรึกษาได้ยินนั้นถูกต้องหรือไม่ การทวนคำพูดแบ่งออกเป็น 4 ประเภท คือ

ทวนซ้ำในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาพูดทุกคำ

ทวนซ้ำแบบเปลี่ยนหรือเพิ่มสรรพนามของผู้รับการปรึกษาด้วย

ทวนซ้ำเฉพาะประเด็นที่สำคัญ

ทวนซ้ำแบบสรุป

แนวทางปฏิบัติ

1. ผู้ให้การปรึกษาจะทวนซ้ำหรือให้ข้อมูลย้อนกลับเฉพาะสาระสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาสื่อออกมาเท่านั้นและหลีกเลี่ยงที่จะเพิ่มเติมความคิดเห็นของผู้ให้การปรึกษาเอง
2. ในขณะที่ผู้รับการปรึกษากำลังแสดงความคิดเห็นและความรู้สึก ผู้ให้การปรึกษาอาจแทรกคำพูดที่เป็นการทวนซ้ำเฉพาะส่วนสำคัญสั้นๆ ถึงสิ่งที่รับรู้ได้
3. การทวนซ้ำอาจจะรวมเอาความรู้สึกเข้าไปด้วยกันได้ ถ้าความรู้สึกนั้นเป็นสาระสำคัญของผู้รับการปรึกษา
4. การทวนซ้ำตลอดเวลาจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกอึดอัดไม่แน่ใจในความสามารถของผู้ให้การปรึกษา ฉะนั้นจึงอาจใช้ลักษณะการทวนซ้ำแบบต่างๆ สลับกันไปในการสนทนา
5. ถ้าผู้ให้การปรึกษาทวนซ้ำอย่างถูกต้อง ผู้รับการปรึกษาก็จะตอบสนองด้วยการพยักหน้า หรือการตอบรับ และบ่อยครั้งก็จะพูดต่อหรือขยายความในสิ่งที่ได้กล่าวมาแล้ว ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่มีปฏิกิริยาตอบสนอง ผู้ให้การปรึกษาอาจจะถามด้วยคำถามเปิดโดยการรวบรวมเรื่องสำคัญๆ ที่ทวนซ้ำมาเป็นคำถาม

ประโยชน์ของการทวนคำพูด

1. จูงใจให้ผู้รับการปรึกษาพูดต่อ
2. ตรวจสอบว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในสิ่งที่ผู้รับการปรึกษาบอกถูกต้องหรือไม่
3. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในสิ่งที่พูดมากขึ้น
4. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดมาก จะเป็นการช่วยให้ผู้รับการปรึกษาไม่เล่าซ้ำในสิ่งที่พูดมาแล้ว ซึ่งทำให้กระบวนการให้การปรึกษามีประสิทธิภาพและรวดเร็วขึ้น

5. การสะท้อนความรู้สึก

การสะท้อนความรู้สึก เป็นการรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆ ที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมา ไม่ว่าด้วยวาจา หรือกิริยาท่าทาง และเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับอย่างชัดเจนด้วยภาษาพูดให้ผู้รับการปรึกษาได้รับฟัง เพื่อช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเกิดความเข้าใจในสิ่งที่เป็นปัญหาที่แท้จริงของตนเอง เนื่องจากปัญหาของผู้รับการปรึกษานั้นมักเกิดจากความรู้สึกที่มีต่อประสบการณ์ต่างๆ เป็นส่วนใหญ่ การสะท้อนความรู้สึกจะช่วยขยายขอบเขตในการมองสภาพการณ์ของตนเองได้ชัดเจนและเป็นจริงมากขึ้น

แนวทางปฏิบัติ

1. พยายามสังเกตพฤติกรรมที่แสดงออกมา ลักษณะคำพูด น้ำเสียง และหาจังหวะที่จะสะท้อนความรู้สึก
2. หาคำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกที่ตรงกับความรู้สึกของเขามากที่สุด เพื่อสามารถสื่อความรู้สึกได้อย่างชัดเจนโดยการใช้ภาษาง่ายๆ
3. ไม่ควรใช้คำว่า "รู้สึก" บ่อยครั้งและไม่ใช้คำศัพท์เกี่ยวกับความรู้สึกซ้ำๆ ควรหาวิธีเปลี่ยนลักษณะคำพูด
4. การใช้ทักษะนี้ต้องทำในทันทีที่ผู้รับการปรึกษาแสดงความรู้สึกออกมา เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาได้รับรู้ตนเองอย่างชัดเจนและเป็นจริง

ประโยชน์ของการสะท้อนความรู้สึก

1. ช่วยลดความรู้สึกต่อปัญหา ซึ่งมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษามองสภาพการณ์ต่างๆ อย่างเป็นจริงมากขึ้น
2. ผู้รับการปรึกษาจะเกิดความไว้วางใจผู้ให้การปรึกษา เนื่องจากรู้สึกว่าผู้ให้การปรึกษาเข้าใจในปัญหาของตนเอง
3. ผู้รับการปรึกษากล้าเปิดเผยตนเอง สามารถรับผิดชอบตนเองมีอิสระในการเลือกสิ่งที่พึงพอใจทำให้สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข

6. การเผชิญหน้า

การเผชิญหน้าเป็นการแสดงออกด้วยวาจาให้ผู้รับการปรึกษาได้เห็นความขัดแย้ง ความไม่สอดคล้อง ความสับสนระหว่างพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึกและความหมายของการกระทำของตนเอง จุดมุ่งหมายของการเผชิญหน้านี้เพื่อให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจ สามารถจัดการให้เกิดความสอดคล้องในตนเองซึ่งจะนำไปสู่ชีวิตที่มีศักยภาพมากขึ้น ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องมีประเภทต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องในคำพูด
2. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างคำพูดหรือพฤติกรรม
3. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างพฤติกรรมต่างๆ
4. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างคำพูดกับสถานการณ์
5. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างเจตนาและคำพูด
6. ความขัดแย้งหรือความไม่สอดคล้องระหว่างบทบาทต่างๆ ของตนเอง หรือระหว่างความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่น

แนวทางปฏิบัติ

1. จับประเด็นต่างๆ ที่มีความขัดแย้งกันให้ชัดเจน โดยการสังเกต การสะท้อนความรู้สึก การถาม
2. เสนอให้ผู้รับการปรึกษาเข้าใจ โดยชี้เฉพาะสิ่งที่เป็นข้อมูลโดยไม่มีการตัดสินหรือประเมิน

7. การตั้งคำถาม

การถาม เป็นทักษะสำคัญในการให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้บอกถึงความรู้สึก และเรื่องราวต่าง ๆ ที่ต้องการจะปรึกษา เป็นการช่วยให้ผู้ให้การปรึกษาเข้าใจถึงปัญหาของผู้รับการปรึกษามากยิ่งขึ้น ตลอดจนผู้รับการปรึกษาได้ใช้เวลาคิดคำนึงทำความเข้าใจปัญหาของตนเอง

คำถาม แบ่งออกเป็น

1. **คำถามปิด** เป็นการถามเพื่อทราบข้อมูลเฉพาะที่เกี่ยวกับผู้รับการปรึกษาซึ่งจะมีลักษณะคล้ายการสอบสวนและการซักถาม การถามลักษณะนี้จะได้คำตอบเพียงสั้นๆ
2. **คำถามเปิด** เป็นการถามที่ไม่ได้กำหนดขอบเขตของการตอบช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้มีโอกาสพูดถึงความคิด ความรู้สึก และสิ่งที่เป็นปัญหาตามความต้องการของตน การถามลักษณะนี้ผู้ตอบจะพูดอย่างเต็มที่และสะดวกใจ ทำให้ทราบเรื่องราวต่าง ๆ มากมาย

แนวทางปฏิบัติ

โดยทั่วไปแล้ว ควรใช้คำถามเปิดมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้โอกาสผู้รับการปรึกษาได้สำรวจถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองอย่างกว้างขวาง คำถามเปิดนี้ยังมีประโยชน์ในแง่ที่ผู้รับการปรึกษาจะไม่รู้สึกรำคาญจากการถาม ส่วนคำถามปิดควรใช้ตามความจำเป็นเมื่อต้องการทราบคำตอบเฉพาะ เพราะคำถามปิดไม่ค่อยเอื้อให้เกิดการเปิดเผยตนเอง ได้ข้อมูลน้อย และมักจะได้คำตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”

8. การสรุปความ

การสรุปความ เป็นการรวบรวมสิ่งที่เกิดขึ้นในระหว่างการให้การปรึกษาหรือเมื่อยุติการให้การปรึกษา โดยใช้คำพูดสั้นๆ ให้ได้ใจความสำคัญทั้งหมด ซึ่งจะมีทั้งการสรุปเนื้อหา ความรู้สึกและกระบวนการให้การปรึกษา

แนวทางปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาพูดยาว ผู้ให้การปรึกษาสมควรที่จะสรุปเนื้อหา และความรู้สึกสำคัญที่ผู้รับการปรึกษาได้แสดงออกมาเพื่อให้การปรึกษาเป็นไปในทิศทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้นสามารถจับประเด็นสำคัญได้
2. ทุกครั้งที่มีการปรึกษาเกิดขึ้นก่อนจบการปรึกษาต้องมีการสรุปประเด็นต่างๆ ในการปรึกษา
3. เมื่อมีการปรึกษาหลายครั้ง ก่อนเริ่มกระบวนการให้การปรึกษาในครั้งที่สองและครั้งต่อๆ ไปผู้ให้การปรึกษาอาจจะสรุปสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในครั้งก่อน
4. ในกรณีที่การปรึกษาใช้เวลามากกว่าหนึ่งครั้ง ในครั้งสุดท้ายควรจะสรุปสิ่งต่างๆ ทั้งหมดของการปรึกษาที่ผ่านมาตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้าย

ประโยชน์ของการสรุปความ

1. ทำให้ผู้รับการปรึกษาชัดเจนในประเด็นต่างๆ ที่ได้พูดออกมา
2. ทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่าการปรึกษานี้ได้ผลและมีประโยชน์ เนื่องจากการสรุปช่วยให้ผู้รับการปรึกษาเห็นภาพทั้งหมด

9. การยุติการปรึกษา

การยุติการปรึกษา เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการให้การปรึกษา เมื่อผู้รับการปรึกษากระจ่างในปัญหาของตนเองอย่างแท้จริง และสามารถหาวิธีแก้ไขปัญหาตนเองได้ ไม่ว่าจะเป็นการยุติการปรึกษาของแต่ละครั้ง หรือครั้งสุดท้ายในกรณีที่มีการพบกันหลายครั้ง

แนวทางปฏิบัติ

โดยทั่วไปแล้วควรยุติการปรึกษาเมื่อได้ให้การปรึกษาตามขั้นตอนของแต่ละครั้งอย่างสมบูรณ์แล้วและเป็นไปตามข้อตกลงบริการที่ได้คุยกันก่อนการปรึกษา การยุติการปรึกษาควรเป็นไปด้วยท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตรและเอื้อเฟื้อโอกาสที่จะพบกันได้อีกในครั้งต่อไป โดยปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. **การให้สัญญาณ** ผู้ให้การปรึกษาจะให้สัญญาณแก่ผู้รับการปรึกษา เพื่อให้รู้ว่าถึงเวลาที่จะจบการปรึกษาแล้ว อาจแสดงออกด้วยคำพูดให้ทราบว่าเวลาในการให้การปรึกษาใกล้หมดแล้วหรือแสดงท่าทางกิริยาบางอย่างให้ผู้รับการปรึกษารู้ตัว เช่น การมองนาฬิกา การขยับตัว ฯลฯ การให้สัญญาณนี้ ควรให้แน่ใจได้ว่าผู้รับการปรึกษาจะรับรู้และเข้าใจได้อย่างชัดเจน
2. **สรุปความ** เป็นการสรุปถึงสิ่งต่างๆ ที่ได้สนทนากันระหว่างการปรึกษาในครั้งหนึ่งๆ การสรุปความที่ดีที่สุด คือ ให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้สรุปเอง โดยมีผู้ให้การปรึกษาช่วยทวนซ้ำหรือเพิ่มเติมในประเด็นที่ขาดหายไป ในกรณีที่เป็นการยุติการปรึกษาครั้งสุดท้ายภายหลังการปรึกษาหลายๆ ครั้ง ควรสรุปสิ่งที่ได้ตั้งแต่ครั้งแรกจนถึงครั้งสุดท้ายโดยเน้นความเข้าใจในตัวเองและปัญหาที่เกิดขึ้นรวมทั้งแผนการปฏิบัติที่ได้กำหนดขึ้นระหว่างการปรึกษา
3. **การนัดครั้งต่อไป** ควรให้ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจว่า จะมาพบในครั้งต่อไปหรือไม่ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาไม่ต้องการขอรับการปรึกษาแล้ว ผู้ให้การปรึกษาควรบอกให้ทราบว่าหากผู้รับการปรึกษาต้องการขอรับการปรึกษาก็ยินดีที่จะต้อนรับเสมอ ในกรณีที่ต้องการขอรับการปรึกษาครั้งต่อไปให้นัดวันและเวลาที่สะดวกทั้งสองฝ่ายอย่างชัดเจน
4. **การส่งต่อ** ในกรณีที่จำเป็นต้องส่งผู้รับการปรึกษาไปติดต่อกับหน่วยงาน หรือบุคคลอื่นที่สามารถจะช่วยเหลือหรือเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการปรึกษา เช่น แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านหน่วยงานบริการต่างๆ ผู้ให้การปรึกษาจะต้องชี้แจงข้อมูลของหน่วยงานหรือบุคคลนั้นอย่างถูกต้องและชัดเจน เช่น ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ ค่าใช้จ่าย ฯลฯ และให้การเสริมแรงจูงใจให้ผู้รับการปรึกษาเต็มใจไปติดต่อ โดยกล่าวยกย่องคุณสมบัติ ความดี ความสามารถของหน่วยงาน หรือบุคคลนั้น ซึ่งจะเป็นเป็นประโยชน์ต่อผู้รับการปรึกษา
5. **การลา** โดยการพูดเรื่องทั่วๆ ไป ให้กำลังใจสักเล็กน้อยแก่ผู้รับการปรึกษาและแสดงกิริยามารยาทในการลาที่เหมาะสม

ประโยชน์ของการยุติการปรึกษา

1. ผู้รับการปรึกษาเห็นคุณค่าของกระบวนการให้การปรึกษา
2. ผู้รับการปรึกษาเกิดความพอใจที่ได้เผชิญหรือจัดการกับปัญหาของตนเอง
3. เป็นการเสริมแรงและย้ำถึงความเข้าใจต่อปัญหา ช่วยให้การตัดสินใจหนักแน่นและชัดเจนยิ่งขึ้น
4. เป็นโอกาสที่ผู้รับการปรึกษาได้พัก หรือผ่อนคลายสักเล็กน้อย และปรับตัวก่อนที่จะลา

มารยาทในการให้การปรึกษา [1, 6]

1. การต่อเวลา

โดยทั่วไปผู้ให้การปรึกษาควรรักษาเวลาตามที่ได้ตกลงกับผู้รับการปรึกษาไว้ แต่อาจมีการยืดหยุ่นบ้างถ้าผู้ให้การปรึกษาพิจารณาว่าผู้รับการปรึกษากำลังพูดในเรื่องที่สำคัญซึ่งควรจะต่อเวลาออกไป และผู้ให้การปรึกษาพอจะมีเวลาให้ได้ก็อาจเสนอให้ต่อเวลาตามความเหมาะสม ในกรณีที่ผู้รับการปรึกษาเป็นผู้ขอร้องถ้าผู้ให้การปรึกษาสะดวกและเห็นสมควรก็อาจต่อเวลาให้ แต่ควรระมัดระวังไม่ให้ผู้รับการปรึกษาใช้การต่อเวลาเป็นการเล่นเกมส์เพื่อจะได้ใช้เวลากับผู้ให้การปรึกษามากขึ้นโดยไม่ได้พูดในเรื่องที่เป็นสาระสำคัญ

2. การรักษาความลับ

การรักษาความลับเป็นเรื่องสำคัญในการให้บริการการปรึกษา รายละเอียดและเนื้อหาที่ได้จากการสนทนากับผู้รับบริการจะต้องไม่เปิดเผยให้ผู้อื่นได้ทราบ จะเกิดความเสียหายอย่างมากหากข้อมูลที่เปิดเผยแก่ผู้ให้การปรึกษาที่เขาไว้วางใจซึ่งเป็นข้อมูลส่วนตัวถูกนำไปใช้โดยปราศจากความระมัดระวัง ตัวอย่างเช่น ถ้าผู้ให้การปรึกษาเปิดเผยแก่คู่สมรสของผู้รับบริการว่าผู้รับบริการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจส่งผลให้สามีภรรยาเกิดมีปากเสียง มีความรุนแรง หย่าร้าง และหยุดการส่งเสียเลี้ยงดู ก็เป็นได้

การเก็บเป็นความลับบางครั้งเป็นปัญหาทางจริยธรรม จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำหนดนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ เช่น สามีของผู้รับบริการรายหนึ่งบอกความลับแก่ผู้ให้การปรึกษาว่าเขามีเลือด HIV บวกและผู้ให้การปรึกษาก็ทราบว่าสามีภรรยาคู่นี้มีเพศสัมพันธ์ตามปกติโดยไม่ได้มีการป้องกันใดๆ

3. การบันทึก

โดยทั่วไปแล้วไม่ควรบันทึกระหว่างการให้การปรึกษา เพราะจะทำให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกว่ากำลังถูกสอบสวนทำให้ระมัดระวังตัวในการพูด และเป็นการขัดจังหวะในการสื่อสาร อย่างไรก็ตาม หลังจากยุติการปรึกษาแล้ว ผู้ให้การปรึกษาอาจจดประเด็นสำคัญๆ ของเรื่องราวที่เกิดขึ้นระหว่างการปรึกษาแต่ละครั้ง เพื่อช่วยความจำและช่วยให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรนึกถึงจรรยาบรรณของการรักษาความลับอย่างดีที่สุด

4. การมอบงานให้นำไปปฏิบัติ

บางครั้งในการให้การปรึกษามีการกำหนดแผนการบางอย่างที่ผู้รับการปรึกษาจะต้องนำไปทดลองปฏิบัติ เช่น การฝึกฝนพฤติกรรมใหม่ที่ต้องการ หรือการหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจเมื่อจะยุติการปรึกษาผู้ให้การปรึกษา ควรจะย้ำถึงงานที่มอบอีกครั้งรวมทั้งการนัดหมายในครั้งต่อไป

ข้อแนะนำในการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดี [(1)]

การฝึกฝนที่จะเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีควรจะคำนึงถึงเรื่องต่อไปนี้

1. “ผู้ให้การปรึกษาเป็นเพื่อนร่วมทาง ไม่ใช่ผู้นำทาง” ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้เอื้ออำนวยให้ผู้รับการปรึกษาสามารถเลือกสิ่งที่ดีที่สุดสำหรับตนเอง โดยในการเลือกนั้นผู้รับการปรึกษาควรจะเป็นผู้ตัดสินใจด้วยตนเอง ผู้ให้การปรึกษาจะเป็นเพียงผู้ช่วยให้ผู้รับการปรึกษาได้พบแนวทางในการตัดสินใจได้ดีขึ้น

2. “ผู้ให้การปรึกษาเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้รับการปรึกษาแก้ไขปัญหาของตนเอง” ปัญหาต่างๆ เป็นสิ่งรบกวนจิตใจของผู้รับการปรึกษา หากผู้ให้การปรึกษาช่วยเขาแก้ไขปัญหานั้นได้ก็จะทำให้เขารู้สึกดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุข

3. “ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเห็นคุณค่าในตนเอง” ก่อนที่ผู้รับการปรึกษาจะสามารถค้นหาและแก้ปัญหาของตนเองได้นั้น ผู้ให้การปรึกษาอาจต้องส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษารู้สึกเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเองด้วยการรับฟังอย่างยอมรับและตอบสนองอย่างเหมาะสม ก็จะช่วยให้ผู้รับการปรึกษาแก้ปัญหาได้

4. “จงเป็นผู้ให้โอกาส” การให้การปรึกษาเป็นเรื่องที่ทำให้รู้สึกลำบากใจ แต่ถ้าหากผู้ที่มาขอความช่วยเหลือสมัครใจมาเอง บรรยากาศของการปรึกษาก็จะเป็นไปในทางที่ดี แต่ถ้าผู้มาขอรับการปรึกษาไม่ได้สมัครใจมาด้วยตนเอง เช่น มาเพราะถูกบังคับหรือส่งต่อ ในกรณีเช่นนี้การให้การปรึกษาจะยากขึ้นผู้ให้การปรึกษาจะต้องให้เวลาและเปิดโอกาสให้ผู้รับการปรึกษาค่อยๆ ยอมรับปัญหาของตนเองจนกระทั่งยินดีที่จะเปิดเผยเรื่องราวของตนเองด้วยความสมัครใจ

5. “ส่งเสริมให้ผู้รับการปรึกษาเป็นตัวของตัวเองและสามารถพึ่งตนเองได้” บางครั้งผู้ให้การปรึกษามีตำแหน่งหน้าที่และบทบาทอื่นๆ เช่น เป็นผู้ปกครอง ครู หรือผู้บังคับบัญชาของผู้รับการปรึกษาในการให้การปรึกษา จึงต้องระมัดระวังที่จะทำให้ผู้รับการปรึกษาต้องนบนอบเชื่อฟังหรือพึ่งพาอาศัยเหมือนเด็กๆ การแนะนำ การสั่งสอน การตัดสินใจแทนผู้รับการปรึกษาอาจช่วยแก้ไขเฉพาะหน้าได้ แต่ในระยะยาว จะมีผลทำให้ผู้รับการปรึกษาต้องพึ่งพาอาศัยคนอื่นเป็นประจำ

ดร.จีน แบรี่ ได้ให้ข้อคิดไว้อย่างน่าสนใจว่า “การที่จะเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีไม่ได้ขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพเฉพาะ แต่ต้องเป็นผู้ที่ฝึกฝน ค้นคว้าและหาความรู้อยู่เสมอก็จะทำให้ประสบความสำเร็จในการเป็นผู้ให้การปรึกษาที่ดีได้”

สรุป

การให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว ปัจจุบันควรพัฒนาให้เป็นการปรึกษาแบบผสมผสานงานอนามัยการเจริญพันธุ์กับงานวางแผนครอบครัว ซึ่งการตัดสินใจเป็นไปโดยสมัครใจของผู้รับบริการภายใต้ความเข้าใจและมองเห็นสถานภาพและความเสี่ยงด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของตนเอง และมีความรู้เพียงพอในแนวทางการวางแผนครอบครัวต่างๆ การป้องกันปัญหาอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ รวมทั้งผลที่จะเกิดตามมาภายหลังการตัดสินใจของเขาเอง

สิ่งที่สำคัญที่สุดของรูปแบบ REDI คือ ผู้รับบริการต้องเป็นศูนย์กลาง หรือผู้รับบริการต้องสำคัญมากกว่ากระบวนการ กระบวนการสามารถช่วยผู้ให้การปรึกษาในการกำหนดเค้าโครงที่จะพูดคุยกับผู้รับบริการเพื่อที่ผู้ให้การปรึกษาจะไม่พลาดขั้นตอนต่างๆ สุดท้ายแล้วการให้การปรึกษาต้องการที่จะทราบว่าผู้รับบริการต้องการอะไร และจะช่วยอย่างไร ให้บรรลุผลตามความต้องการอย่างเหมาะสม

อย่างไรก็ตาม รูปแบบนี้ได้ถูกใช้สำหรับการให้การปรึกษาแบบตัวต่อตัว เพื่อค้นหาสถานการณ์ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ผ่านการพูดคุย ตอบโต้ เกี่ยวกับวิธีการคุมกำเนิด หรือการติดต่อของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนวิธีการป้องกัน โดยการพูดคุยที่เป็นส่วนตัวและประยุกต์ให้เหมาะสมกับสถานภาพของผู้รับบริการแต่ละบุคคล ผู้ให้การปรึกษาสามารถช่วยให้ผู้รับบริการมองเห็นความเสี่ยงของเขาและคิดว่าเป็นเรื่องใกล้ตัวมากกว่าที่จะคิดว่า การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์หรือโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว นอกจากนี้ ระหว่างการให้การปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางพึงหลีกเลี่ยงข้อมูลที่ไม่จำเป็นด้วยการประเมินสถานภาพด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และดำเนินการให้การปรึกษาในประเด็นที่เกี่ยวข้องสอดคล้องกับความต้องการของแต่ละบุคคล

เอกสารอ้างอิง

1. จีน แบรี่. คู่มือการฝึกทักษะให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2538.
2. อารีย์ ศรีบูรธรรม. รายงานสัมมนาเรื่องการพัฒนานโยบายการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการทำหมัน. จัดโดยสมาคมทำหมันแห่งประเทศไทย ณ โรงแรมทรอปิกกาน่า เมืองพัทยา ชลบุรี ระหว่างวันที่ 1-2 ธันวาคม 2527 หน้า 8.
3. กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย. อนามัยการเจริญพันธุ์ในประเทศไทย. ในรายงานการสัมมนาระดับชาติครั้งที่ 1 เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์. วันที่ 10 กรกฎาคม 2540 ณ โรงแรมนิกโก้ กรุงเทพมหานคร.
4. Advances in Information Choice Team, Engender Health. Comprehensive counseling for reproductive health. Participant's handbook : an integrated curriculum. New York : Printed in the United States of America, 2003.
5. กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เคล็ดลับการให้การปรึกษาวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2547.
6. สุพร เกิดสว่าง. การให้การปรึกษา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : บริษัทสามเจริญพาณิชย์จำกัด, 2546.

บทที่ 3

วิธีคุมกำเนิด
(Contraceptive Methods)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
สัญญา ภัทราชัย

บทที่ 3

วิธีคุมกำเนิด
(Contraceptive Methods)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
สัญญา ภัทราชัย

คำนำ

นับเป็นเวลาหลายศตวรรษแล้วที่มนุษย์พยายามหาวิธีคุมกำเนิด โดยวิธีการต่างๆ เข้าใจว่าคู่สมรสคู่แรกที่คุมกำเนิด ก็คงมีความคิดเช่นเดียวกับคู่สมรสสมัยนี้ที่ไม่ต้องการมีบุตรทุกๆ ปี และมีความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตร แม้ว่าขณะนั้นจำนวนประชากรยังไม่มากเหมือนในปัจจุบัน แต่ความสามารถในการหาอาหารและสิ่งจำเป็นสำหรับชีวิตก็ยังด้อยกว่าสมัยนี้มาก วิธีคุมกำเนิดในสมัยก่อนยังเป็นวิธีที่ยุ่งยาก ไม่ใคร่ได้ผลดีและไม่แพร่หลาย จึงมีผู้ที่ตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาจำนวนมากที่ต้องขวนขวายหาวิธีทำแท้ง ซึ่งบางครั้งก็เป็นอันตรายถึงกับต้องตัดมดลูก หรืออาจจะถึงแก่ชีวิต บางรายก็จำเป็นจะต้องตั้งครรภ์ต่อไปจนกระทั่งคลอดแล้วฆ่าบุตรหรือทิ้งบุตรให้ตาย หรือทิ้งไว้ตามโรงพยาบาลหรือสถานที่ต่างๆ เนื่องจากไม่ต้องการมีบุตรถี่เกินไป หรือมีบุตรในเวลาที่ยังไม่พร้อมที่จะมี จึงได้มีวิวัฒนาการของการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ และเริ่มมีความสนใจกันจริงๆ เมื่อเพียงประมาณ 50 ปีมานี้เอง

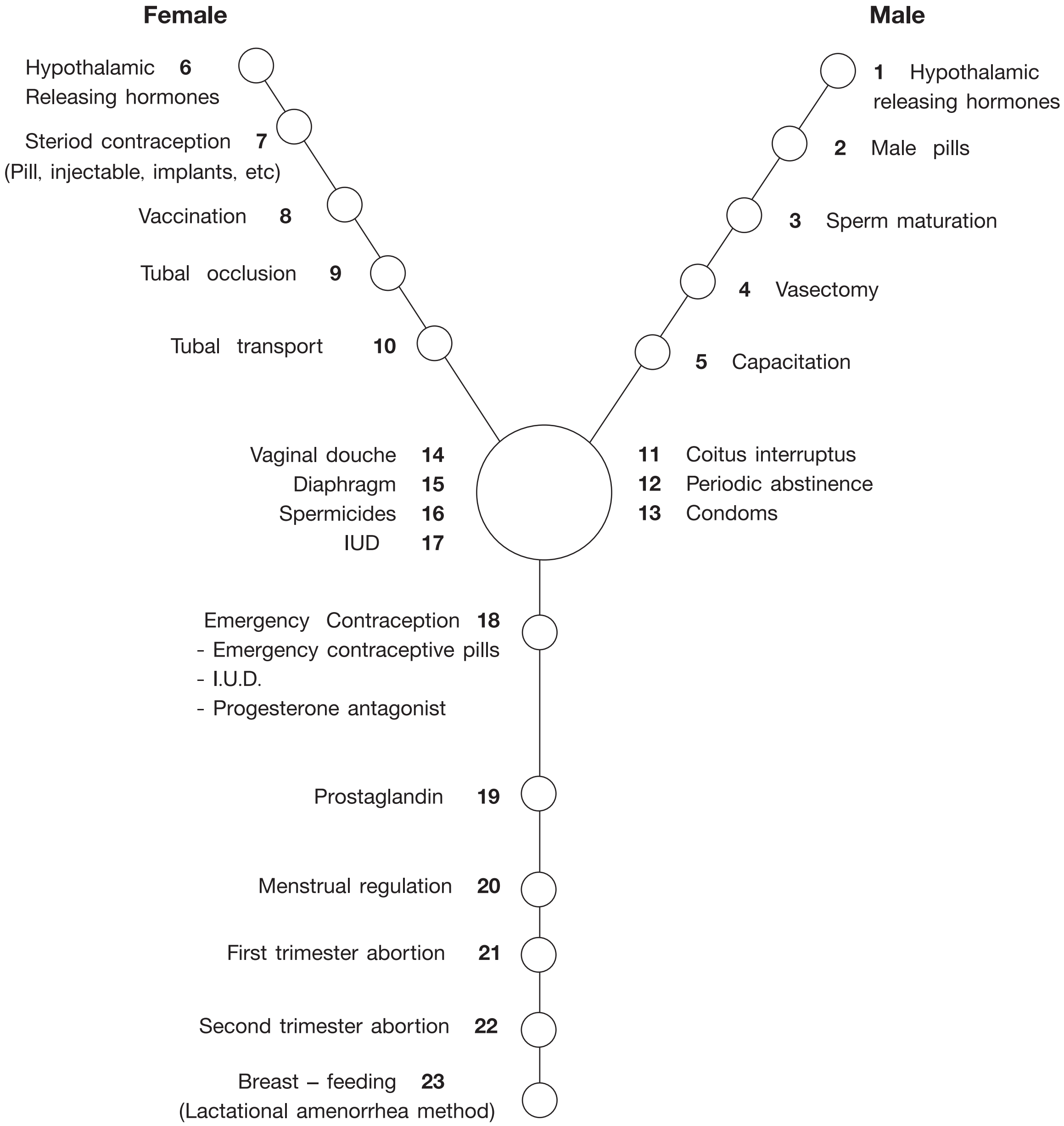
ในระยะแรกเชื่อกันว่า จะมีวิธีคุมกำเนิดวิธีหนึ่งซึ่งปลอดภัย ประหยัด สะดวกสบาย ใช้ได้ผลดีและเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ความคิดนี้ได้เปลี่ยนไปในระยะประมาณ 20 ปีมานี้ ว่าเราจะไม่สามารถหาวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุดวิธีเดียวสำหรับคนส่วนใหญ่ แต่เราสามารถหาวิธีคุมกำเนิดต่างๆ กัน ที่เหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มต่างๆ ได้

วิธีคุมกำเนิด : จำแนกตามช่วงระยะการเจริญพันธุ์

ในอดีตมีการจำแนกวิธีคุมกำเนิดหลายอย่าง เช่น วิธีชาวบ้าน วิธีสามัญ วิธีสมัยใหม่ และวิธีถาวร เป็นต้น ต่อมาเมื่อมีการคิดค้นวิธีคุมกำเนิดที่ใหม่กว่าขึ้นมาก็ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ จึงได้มีการจำแนกวิธีคุมกำเนิดตามช่วงระยะการเจริญพันธุ์ ซึ่งสามารถครอบคลุมได้ทุกวิธี โดยที่ระยะการเจริญพันธุ์นั้นเริ่มต้นตั้งแต่การสร้างตัวอสุจิและไข่ ซึ่งต้องใช้เวลานานและมีกระบวนการที่ยุ่งยาก ตลอดจนการเดินทางของไข่และตัวอสุจิก่อนที่จะผสมกันก็มีวิธีการเฉพาะ และเมื่อผสมกันแล้วก็ยังมีขั้นตอนต่างๆ อีกมากมายกว่าจะเจริญเติบโตเป็นทารกและคลอดออกมา จึงมีจุดหลายจุดที่สามารถเข้าไปยับยั้งขัดขวางการเจริญเติบโตหรือขัดขวางการผสมกันของตัวอสุจิและไข่ได้ เพื่อให้เข้าใจได้ง่ายขึ้นจะแสดงด้วยแผนภูมิรูปตัว Y (แผนภูมิที่ 1)[1, 2]

แผนภูมิที่ 1 วิธีคุมกำเนิดจำแนกตามช่วงระยะการเจริญพันธุ์

Controlling fertility : points of intervention



ที่มา : ดัดแปลงจาก Senanayake P[1] และ Kane P[2]

หมายเหตุ
- แขนซ้ายแทนกระบวนการสร้างไข่ของฝ่ายหญิง (oogenesis)
- แขนขวาแทนกระบวนการสร้างตัวอสุจิของฝ่ายชาย (spermatogenesis)
- จุดที่เชื่อมกันของแขนซ้ายและขวาคือ จุดที่ตัวอสุจิผสมกับไข่ (fertilization)
- หางของ Y แสดงถึงระยะภายหลังจากที่ไข่ผสมกับตัวอสุจิแล้ว (post fertilization)

1. Hypothalamic releasing hormone (ในฝ่ายชาย) [1, 2]

Hormones จาก hypothalamus กลุ่ม gonadotropin releasing hormones (GnRH) สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของตัวอสุจิและไข่ จึงสามารถใช้เป็นการคุมกำเนิดทั้งฝ่ายชายและฝ่ายหญิงได้โดยการฉีดเข้ากล้ามเนื้อ หรือพ่นเข้าทางจมูก ในผู้ชายพบว่าสามารถลดการสร้างตัวอสุจิได้ แต่มีข้อเสียคือ ลด sex drive ได้มีผู้พยายามทดลองหาขนาดของยาที่เหมาะสมร่วมกับการเพิ่ม androgen เข้าไปด้วย[3] ในผู้หญิงการใช้ GnRH antagonist จะมีอาการของการหมดประจำเดือน จึงยังต้องการพัฒนาวิธีนี้อีกมาก

2. Male pills ยาเม็ดคุมกำเนิดฝ่ายชาย [1, 3, 4]

พบว่าฮอร์โมนและสารเคมีหลายชนิด รวมทั้งสารที่ใช้รักษามะเร็งสามารถลดการสร้างอสุจิได้ แต่ต้องใช้ด้วยความระมัดระวัง

1. สารเคมีที่ชื่อ gossypol สกัดจากเมล็ดฝ้าย เมื่อรับประทานแล้วจะกระจายไปในเนื้อเยื่อทั่วร่างกาย แต่จะรวมตัวกันมากที่ลูกอัณฑะ ทำให้เซลล์สร้างอสุจิของอัณฑะหยุดทำงานชั่วคราว (แต่ไม่กระทบกระเทือนเซลล์ที่สร้างฮอร์โมนเพศ) ถ้ารับประทานนานพอ ปริมาณของตัวอสุจิจะลดลงจนไม่อาจมีบุตรได้ ในประเทศจีนได้มีการใช้ยานี้ พบว่าได้ผลดีในด้านการคุมกำเนิด แต่ 1 ใน 4 ของผู้ใช้จะมีอาการชาวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน อ่อนเพลีย องค์การอนามัยโลกจึงไม่สนับสนุนให้ทดลองในคนและให้ศึกษาในสัตว์ทดลองต่อไป จนกว่าจะรู้กลไกการออกฤทธิ์ที่แน่นอน และกำลังมีการสังเคราะห์หายาที่ออกฤทธิ์คล้ายสาร gossypol

2. ฮอร์โมนคุมกำเนิดในผู้ชาย เช่น estrogen, progesterone และ testosterone รวมกันในรูปของยาฉีด ยากิน หรือยาฝัง ยังอยู่ในขั้นศึกษาทดลอง

3. ยาอื่นๆ เช่น nitrofurantoin และยารักษาโรคมะเร็ง เช่น cyclophosphamide, chlorambucil เป็นต้น ยาเหล่านี้สามารถลดการสร้างอสุจิได้แต่มีพิษค่อนข้างร้ายแรง

ในผู้ชายมีการสร้างตัวอสุจิใหม่ๆ ตลอดเวลา การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในผู้ชาย จำเป็นจะต้องใช้เพื่อหยุดการสร้างอสุจิ ซึ่งในขณะที่ใช้ยานั้นจำนวนตัวอสุจิจะค่อยๆ ลดลง ในบางรายจะพบว่ารูปร่างของตัวอสุจิเปลี่ยนไป มี genetic damage จึงมีการกลัวกันว่าการใช้ยานี้ อาจจะทำให้เกิดความพิการของทารก ซึ่งแตกต่างไปจากยาเม็ดคุมกำเนิดในสตรีที่มิได้หยุดการสร้างไข่แต่หยุดการตกไข่ นอกจากนี้การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดหลายชนิดในผู้ชายยังลดระดับของ testosterone ในร่างกาย จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ testosterone supplement แต่ testosterone ชนิดรับประทานออกฤทธิ์น้อย จำเป็นต้องใช้ชนิดฉีดทุกๆ 7-10 วัน จึงมีข้อจำกัดใช้อย่างมาก ขณะนี้กำลังมีการค้นคว้าหา long acting testosterone เพื่อนำมาใช้ทดแทนต่อไป

3. Sperm maturation [1]

ตัวอสุจิที่ผ่านออกมาจาก seminiferous tubules นั้น ยังไม่เจริญเติบโตเต็มที่ (mature) เพียงพอที่จะผสมกับไข่ได้ ต้องการเวลาที่จะเติบโตต่อใน epididymis จึงมีผู้พยายามที่จะหายาลดการเจริญเติบโตของตัวอสุจิ (sperm maturation) ใน epididymis โดยไม่กระทบกระเทือนต่อการแบ่งตัวของเซลล์ที่สร้างตัวอสุจิ ซึ่งถ้าหยุดใช้ยาก็จะทำให้มีตัวอสุจิที่เจริญเติบโตเต็มที่ออกมาได้ พบว่ามีสารเคมีหลายชนิดที่มีคุณสมบัติดังกล่าวแล้วแต่ยังอยู่ในขั้นทดลองใช้ในสัตว์

4. Vasectomy (การทำหมันชาย)[5]

การผูกตัดท่ออสุจิในผู้ชายได้มีการทำกันมานานกว่า 150 ปีแล้ว ในประเทศไทยมีการทำมานานกว่า 60 ปี ปัจจุบันมีการพัฒนาวิธีการทำหมันให้แผลเล็กมาก เรียกว่า การทำหมันเจาะ (non scalpel vasectomy) และหมันฉีด (vas injection with occlusive agent) นอกจากการพัฒนาเทคนิคการทำหมันแล้ว ยังมีการศึกษาถึงความปลอดภัยในระยะยาวของผู้ที่ได้รับการทำหมันไปแล้ว ซึ่งพบว่ามีสุขภาพดีกว่าผู้ที่ไม่ได้ทำหมัน

5. Capacitation[1]

ตัวอสุจิที่เจริญเติบโตเต็มที่แล้ว จะต้องมีสารบางอย่างที่จะช่วยทำหน้าที่ในการผสมกับไข่ได้ง่าย (capacitation) เช่น สารที่เรียกว่า hyaluronidase ซึ่งจะทำหน้าที่เป็น enzyme ช่วยย่อยเจาะ zona pellucida (เชื่อกันว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมีฤทธิ์อย่างหนึ่งในการลดกระบวนการนี้ด้วย) ได้มีการทดลองใช้สารพวก hyaluronidase inhibitor เพื่อหยุดยั้งการทำงานของ hyaluronidase ทำให้ตัวอสุจิไม่สามารถเข้าไปผสมกับไข่ได้

6. Hypothalamic releasing hormones (ในฝ่ายหญิง) (ดูข้อ 1)

มีการศึกษา LHRH analogues (agonists และ antagonists) เพื่อการคุมกำเนิด แต่ยังไม่ได้ผลดีนัก และพบภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง รวมทั้งการกดการทำงานของรังไข่ทำให้เกิดอาการของการหมดประจำเดือน และยังไม่สามารถหาขนาดของยาที่เหมาะสมได้ จึงยังต้องรอการพัฒนาต่ออีกมาก

7. Steroid contraception (pills, injectables, implants, vaginal rings vaginal contraceptive pills, contraceptive patches etc.)

Pituitary gland สร้าง gonadotropins เข้าสู่กระแสเลือดควบคุมการทำงานของรังไข่และลูกอัณฑะ gonadotropins จะควบคุมการหลั่งของ testosterone, estrogen และ progesterone ซึ่งตัวมันจะ sensitive ต่อ feed back mechanism ถ้าระดับฮอร์โมนดังกล่าวสูงขึ้น ซึ่งใช้เป็นหลักในการคุมกำเนิดของวิธีนี้

- **Oral contraceptive pills (ยาเม็ดคุมกำเนิด)**[6] ปัจจุบันมียาเม็ดคุมกำเนิดจำหน่ายมากกว่า 100 ชื่อ ประกอบด้วย estrogen (เอสโตรเจน) และ progestogen (โปรเจสโตเจน) หรือ progestogen อย่างเดียว และขนาดของตัวยาได้ลดลงมาก เอสโตรเจนที่ใช้คือ ethinylestradiol และโปรเจสโตเจนที่ใช้กันมานานคือ levonorgestrel ต่อมามีการสังเคราะห์ progestogen ตัวใหม่ๆ เช่น desogestrel, gestodene, norgestimate และ drospirenone เป็นต้น เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน แบ่งเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมและชนิดฮอร์โมนเดี่ยว
- **ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม** แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ
  - (1) monophasic combined pills ใช้กันมานานและนิยมแพร่หลาย
  - (2) biphasic pills ในอดีตประกอบด้วยเอสโตรเจนขนาดเท่ากันทุกเม็ด 21 เม็ด และมีโปรเจสโตเจนใน 11 เม็ดสุดท้าย เนื่องจากมีอาการอันไม่พึงประสงค์ และอาการแทรกซ้อนมาก ปัจจุบันจึงเลิกใช้ แต่ได้มีพัฒนาการใหม่ออกมาในรูปของ combiphasic pill ใน 7 เม็ดแรก มีเอสโตรเจนสูงกว่าปกติเล็กน้อย มีโปรเจสโตเจนต่ำอีก 15 เม็ด มีเอสโตรเจนขนาดปกติและมีโปรเจสโตเจนสูงขึ้น (เช่น Oilezz)

(3) triphasic pills มีฮอร์โมนต่างกัน 3 ระดับ เพื่อให้คล้ายกับระดับฮอร์โมนในร่างกาย 6 เม็ดแรกมีเอสโตรเจนขนาดต่ำ โปรเจสโตเจนต่ำ 5 เม็ด ต่อมามีเอสโตรเจนสูงขึ้น โปรเจสโตเจน สูงขึ้น 10 เม็ด ช่วงสุดท้ายมีเอสโตรเจนต่ำ และโปรเจสโตเจนสูงขึ้น เท่ากับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (เช่น Triquilar, Tri-nordiol และ Tricilest เป็นต้น) โดยภาพรวมจะมีโปรเจสโตเจนต่ำกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิด monophasic combined pills ความนิยมใช้ในประเทศไทยมีไม่มาก เนื่องจากผู้ใช้มีความสับสนในการใช้ยาสีต่างๆ กัน รวมทั้งมีบางรายมีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้มากกว่าชนิดฮอร์โมนรวมเท่ากันทุกเม็ด

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ได้แก่ progestogen-only pills (POPs) ประกอบด้วยโปรเจสโตเจนขนาดน้อยๆ เท่ากันทุกเม็ด 28 หรือ 35 เม็ด (ที่มีใช้ในประเทศไทย คือ Exluton มี 28 เม็ด) เหมาะสำหรับผู้ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา และผู้ที่มีปัญหาจากอาการข้างเคียงของเอสโตรเจนในยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ข้อเสียก็คือมีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้มากกว่า

ยาเม็ดคุมกำเนิดนอกจากจะป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีแล้วยังพบว่า มีโรคหลายโรคที่อุบัติการณ์ลดลงในผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแสดงถึงประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้

ประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด [7]

1. ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง ทำให้
   - ลดความต้องการการทำแท้ง
   - ลดการผ่าตัดทำหมัน
2. ลดอุบัติการของมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก
3. ลดอุบัติการของมะเร็งรังไข่
4. ลดอุบัติการของการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก
5. ประจำเดือนมาสม่ำเสมอ
   - ปริมาณเลือดประจำเดือนน้อยลง
   - ปวดประจำเดือนน้อยลง
   - ลดเลือดจางจากการมีประจำเดือน
6. ลดอุบัติการของการอักเสบในอุ้งเชิงกราน
7. เพิ่มความหนาแน่นของกระดูก
8. อาจจะลดอุบัติการของ endometriosis
9. อาจจะลดอุบัติการของ breast disease
10. อาจจะลดอุบัติการของ rheumatoid arthritis
11. อาจจะลดอุบัติการของ fibroids
12. อาจจะลดอุบัติการของ ovarian cysts
13. อาจจะป้องกัน atherosclerosis

ยาเม็ดคุมกำเนิดยังใช้รักษาโรคต่าง ๆ ดังต่อไปนี้ [7]

dysfunctional uterine bleeding (เลือดออกผิดปกติที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด)

dysmenorrhea (ปวดระดู)

Mittelschmerz (ปวดท้องน้อยเนื่องจากมีไข้ตกกึ่งกลางของรอบเดือน)

endometriosis prophylaxis (ป้องกันภาวะเยื่อมดลูกเจริญผิดที่)

acne and hirsutism (ภาวะเป็นสิวและภาวะมีขนตก)

hormone therapy for hypothalamic amenorrhea (ภาวะขาดระดูซึ่งไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์)

control of sfolling bleeding (ภาวะเลือดออกกะปริดกะปรอย)

probably beneficial :- อาจจะใช้ได้ใน

- functional ovarian cysts (ถุงน้ำรังไข่ชนิด functional)
- premenstrual syndrome (กลุ่มอาการก่อนมีระดู)

Injectable contraceptives (ยาฉีดคุมกำเนิด) [8] ยาฉีดคุมกำเนิดเป็น steroid contraception อีกชนิดหนึ่งที่ความนิยมใช้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และใช้กันมากกว่า 40 ปี ยาที่ใช้คือ depomedroxy progesterone acetate หรือ DMPA เป็นยาฉีดคุมกำเนิดชนิดเดียวที่มีใช้ในประเทศไทย ใช้ขนาด 150 มิลลิกรัม ฉีดเข้ากล้ามทุก 12 สัปดาห์ ในอดีตมียาฉีดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วย norethisterone enanthate (NET-EN) เนื่องจากตัวยาละลายในน้ำมันทำให้มีความเข้มข้นสูง ต้องฉีดโดยเข็มขนาดใหญ่กว่า เจ็บปวดบริเวณที่ฉีดมากกว่าและฉีดทุก 8 สัปดาห์ ความนิยมจึงลดลง ปัจจุบันไม่มีใช้ในประเทศไทย

เนื่องจากยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ทำให้ประจำเดือนไม่มา หรือมากะปริดกะปรอย ทำให้ผู้รับบริการหลายๆ คนกังวลกลัวว่าจะตั้งครรภ์หรือผิดปกติ เป็นผลให้อัตราการคงใช้ต่ำ ได้มีความพยายามเพิ่ม estrogen เข้าไปในยาฉีดคุมกำเนิด เช่น Cyclo-fem ฉีดทุก 4 สัปดาห์ มีประจำเดือนมาทุกเดือน แต่ก็ไม่สะดวกในการไปรับการฉีดยาทุกเดือน จึงได้มีความพยายามที่จะพัฒนาเข็มฉีดยาให้ผู้รับบริการฉีดยาเองได้ (เหมือนผู้ป่วย DM ฉีด insulin) ผลการทดลองเบื้องต้นเป็นที่น่าพอใจ

Implants (ยาฝังคุมกำเนิด) [9] ได้มีการทดลองใช้ฮอร์โมนบรรจุในหลอดฝังใต้ผิวหนังเพื่อการคุมกำเนิด ยาที่ใช้คือ Norplant®, ซึ่งประกอบด้วยฮอร์โมน levonorgestrel บรรจุใน silastic tube ที่ไม่ละลาย จำนวน 6 หลอด ให้ผลในการคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานานติดต่อกันถึง 5 ปี แต่เนื่องจากมีปริมาณหลอดมากและการถอดยาก ความนิยมจึงไม่มาก ปัจจุบันจึงมีการใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิดหลอดเดียว ชื่อ Etoplan หรือ Implanon ประกอบด้วยฮอร์โมน etonogestrel ซึ่งเป็น metabolite ของ desogestrel ที่มีอยู่ในยาเม็ดคุมกำเนิดที่ใช้มานานแล้ว ยาฝังคุมกำเนิดชนิดนี้ ฝังและถอดง่ายกว่า และสามารถคุมกำเนิดได้ 3 ปี

Vaginal rings (วงแหวนใส่ช่องคลอด) [10] เป็นวงแหวนขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 5.8 ซม. ที่ทำจาก silastic บรรจุ estradiol และ levonorgestrel หรือบรรจุ progestogen อย่างเดียว คือ 3-ketodesogestrel โดยตัวยาจะถูกปล่อยออกมาซึมผ่านผนังช่องคลอด ออกฤทธิ์ป้องกันการตกไข่คล้ายกับยาเม็ดคุมกำเนิด แต่ดีกว่าที่ไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน และมีอาการข้างเคียงน้อยกว่าเพราะตัวยาไม่ผ่านตับและลำไส้ วงแหวนนี้ออกแบบเพื่อให้สตรีใส่ได้เองเริ่มในวันที่ 5 ของรอบประจำเดือน ใส่ 3 สัปดาห์

ถอดออก 1 สัปดาห์ แล้วใส่ใหม่ ระหว่างการร่วมเพศก็ถอดออกฮอร์โมนที่บรรจุอยู่สามารถออกฤทธิ์ได้เพียง 1 เดือน (NuvaRing ®) หรือ 6 เดือน แล้วแต่ชนิด เมื่อถึงเวลาก็ต้องเปลี่ยนอันใหม่ ผลการศึกษาในหลายๆ ประเทศได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

Vaginal contraceptive pills or VCP (ยาเม็ดคุมกำเนิดสอดช่องคลอด)[11, 12] เนื่องจากการใช้วงแหวนใส่ช่องคลอดมีความยุ่งยากและอาจจะทำให้เกิดแผลในช่องคลอด จึงได้มีผู้ทดลองใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ประกอบด้วย dl-norgestrel 50 ไมโครกรัม และ ethinyl estradiol 35 ไมโครกรัม สอดช่องคลอด พบว่าได้ผลดีในการคุมกำเนิดและมี vaginal side effect น้อย

Transdermal contraceptive patch (แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด)[4] ปัจจุบันมีให้บริการคือ Evra ® (อีฟรา) เป็นฮอร์โมนคุมกำเนิดชนิดแผ่นแปะผิวหนัง สี่เหลี่ยมจตุรัสขนาด 20 ตารางเซนติเมตร แต่ละแผ่นมีตัวยา ethinyl estradiol (EE) 750 ไมโครกรัม และ norelgestomin (NGMN) 6 มิลลิกรัม เมื่อแปะที่ผิวหนังจะปลดปล่อยตัวยาเข้าสู่กระแสเลือดโดยให้ EE 20 ไมโครกรัม และ NGMN 150 ไมโครกรัมต่อวัน NGMN เป็น active metabolite ของ norgestimate) ใช้แปะแผ่นละ 1 สัปดาห์ ใช้ต่อเนื่องกัน 3 สัปดาห์ และเว้น 1 สัปดาห์ เช่นเดียวกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด บริเวณที่แปะได้แก่ สะโพก หน้าท้อง ต้นแขนด้านนอก แผ่นหลังช่วงบน โดยเมื่อเปลี่ยนแผ่นจะไม่แปะซ้ำรอยเดิม ประสิทธิภาพของแผ่นแปะ Evra เหมือนกับยาเม็ดคุมกำเนิด จากการศึกษาพบว่าผู้ใช้สามารถใช้แผ่นอีฟราสัปดาห์ละครั้งได้ดีกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดซึ่งต้องรับประทานทุกวัน

8. Vaccination (วัคซีนป้องกันการตั้งครรภ์)

มีการศึกษาทดลองใช้ vaccine หลายชนิด เช่น antibodies to placenta (HCG antibodies), zona pellucida antibodies และ antisperm antibodies เป็นต้น แต่ยังไม่ได้ผลเป็นที่น่าพอใจ

9. Tubal occlusion or female sterilization (การทำหมันหญิง)[13]

การทำหมันหญิง เป็นการทำให้ท่อนำไข่อุดตันด้วยวิธีการต่างๆ ในสมัยก่อนทำเฉพาะรายที่เพิ่งคลอดใหม่ๆ เรียกว่า ทำหมันหลังคลอด (postpartum sterilization) หรือทำร่วมกับการผ่าตัดคลอดเท่านั้น แต่ในปัจจุบันนี้มีการทำหมันในระยะที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ (interval female sterilization) หรือที่เรียกว่าทำหมันแห้ง ที่นิยมกันมี 2 เทคนิค คือ laparoscopy และ mini laparotomy ซึ่งทำได้สะดวกรวดเร็วและปลอดภัย ไม่จำเป็นต้องใช้การดมยาสลบ แผลผ่าตัดเล็ก เย็บผิวหนัง 1-2 เข็ม และผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้ในวันนั้น ซึ่งเป็นประโยชน์และเหมาะสมกับสภาพสังคมไทย ทำให้ผู้รับบริการมีโอกาสหรือตัดสินใจทำหมันได้ เมื่อมีบุตรเพียงพอแล้วโดยไม่ต้องรอให้มีอีกคนหนึ่งจึงจะไปทำหมันหลังคลอด

10. Tubal transport

โดยปกติไข่ที่ถูกผสมแล้วจะเดินทางเข้าไปในท่อนำไข่ส่วนต้นอย่างช้าๆ เพื่อรอให้เยื่อบุโพรงมดลูกเปลี่ยนแปลงดีพอที่จะทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วฝังตัว ในจุดนี้ก็น่าจะมีวิธีคุมกำเนิดที่เร่งให้ไข่เดินทางเข้าไปในโพรงมดลูกเร็วขึ้น ในขณะที่เยื่อบุโพรงมดลูกยังไม่พร้อม ก็ฝังตัวไม่ได้ พบว่าฮอร์โมน เช่น โปรเจสโตเจน หรือห่วงอนามัยมีฤทธิ์คุมกำเนิด โดยมีผลต่อการทำงานของท่อนำไข่ด้วย

11. Coitus interruptus (วิธีหลั่งภายนอกช่องคลอด)[1]

การถอนอวัยวะเพศชายออกเพื่อหลั่งน้ำกามภายนอกช่องคลอด เป็นวิธีที่ใช้กันมานานแล้ว ปัจจุบันวิธีดังกล่าวยังคงใช้กันอยู่บ้าง ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดค่อนข้างต่ำ

12. Periodic abstinence (การงดร่วมเพศบางช่วงเวลา) [14]

หลักการของวิธีนี้คือ การคาดคะเนหรือหาวันที่ไข่ตก แล้วงดร่วมเพศในระยะใกล้วันไข่ตก มีหลายวิธี เช่น

- วิธีนับวัน calendar method หรือ rhythm method หรือ Vatican roulette อาศัยหลักทางสรีรวิทยา 3 อย่าง คือ
    - ไข่ตกประมาณวันที่ 14 (+ 2 วัน) ก่อนที่วันที่จะมีประจำเดือนครั้งต่อไป
    - ไข่ตกแล้วจะอยู่ได้เพียง 24 ชั่วโมง
    - ตัวอสุจิจะอยู่ได้เพียง 2-3 วัน

หลักการดังกล่าวนำมาคิดเป็นสูตรได้ดังนี้ :-

วันแรกที่ไม่ปลอดภัย = จำนวนวันของรอบประจำเดือนที่สั้นที่สุด - 18

วันสุดท้ายของระยะที่ไม่ปลอดภัย = จำนวนวันของรอบประจำเดือนที่ยาวที่สุด - 11

- วิธีวัดปรอท (temperature method) ใช้การวัด basal body temperature เมื่อไข่ตกแล้ว อุณหภูมิจะสูงขึ้น วิธีนี้ในครึ่งแรกของรอบประจำเดือนจะต้องงดร่วมเพศ จนกว่าอุณหภูมิจะขึ้นสูง 3 วันขึ้นไป จึงจะสามารถร่วมเพศได้โดยไม่เกิดการตั้งครรภ์

- วิธีสังเกตมูกที่ปากมดลูก (cervical mucus method) ใช้การสังเกตการเปลี่ยนแปลงของมูกที่ปากมดลูก ประสิทธิภาพของการใช้วิธีนี้ขึ้นอยู่กับคู่สมรสแต่ละคู่ บางคู่ก็ใช้ 2-3 วิธีร่วมกัน ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดก็จะสูงขึ้น

13. Condoms (ถุงยางอนามัย) [15]

มีการใช้ถุงยางอนามัยกันมานานแล้ว ปัจจุบันมีการผลิตถุงยางอนามัยที่มีความบางมากและเหนียว ใช้ได้ผลดีในด้านการคุมกำเนิดและป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์ (AIDS) ด้วย ถ้าใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับยาฆ่าเชื้ออสุจิ (spermicides) เช่น Nonoxynol - 9 จะทำให้มีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงขึ้นด้วย นอกจากถุงยางอนามัยฝ่ายชายแล้ว ยังมีการทดลองใช้ถุงยางอนามัยสำหรับสตรี (female condom) เช่น Femshield หรือ Femidom ด้วย

14. Vaginal douche (การสวนล้างช่องคลอด) [16]

การคุมกำเนิดโดยการสวนล้างช่องคลอด เป็นวิธีเก่าที่รู้จักกันแพร่หลายในทุกภาคของประเทศไทย และใช้กันแพร่หลายในหมู่โสเภณี นอกจากนี้เพื่อการคุมกำเนิดแล้วยังใช้เพื่อทำความสะอาดในช่องคลอด ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่แน่นอนไม่ว่าจะใช้น้ำยาชนิดใด เนื่องจากทันทีที่มีการหลั่งน้ำอสุจิ จะมีตัวอสุจิส่วนหนึ่งผ่านเข้าไปในช่องคอมดลูก (cervical canal) ได้ จึงได้ผลน้อย แต่ก็ยังดีกว่าไม่คุมกำเนิดเลย

15. Diaphram, cervical cap and vaginal contraceptive sponge (หมวกยางกั้นช่องคลอดหรือครอบปากมดลูก และฟองน้ำใส่ช่องคลอด) [4, 15]

ใช้ป้องกันมิให้ตัวอสุจิเข้าไปผสมกับไข่ ประสิทธิภาพจะสูงขึ้นถ้าใช้ร่วมกับยาฆ่าตัวอสุจิ ในอดีตมีผู้นิยมใช้วิธีนี้มาก ปัจจุบันเมื่อมีวิธีอื่นที่สะดวกและไม่ยุ่งยากในการใช้มาทดแทน ทำให้การใช้หมวกยางกั้น

ช่องคลอดและหมวกยางครอบปากมดลูกลดความนิยมลงไป ขณะเดียวกันก็มีการผลิตฟองน้ำใส่ช่องคลอดที่ใส่ยาฆ่าตัวอสุจิด้วย เช่น Today sponge จากรายงานพบว่าใช้ง่ายและได้ผลดีพอสมควร

16. Spermicides (ยาฆ่าตัวอสุจิ)[4]

เป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้วว่า มีสารเคมีหลายชนิดที่สามารถฆ่าตัวอสุจิได้ จึงได้มีการทดลองหา base หรือ vehicle ที่เป็นสาร inert ทำหน้าที่เป็นพาหะและกระจายยาฆ่าตัวอสุจิไปทั่วช่องคลอด เพื่อมิให้ตัวอสุจิผ่านเข้าปากมดลูก ปัจจุบันยาใส่ช่องคลอดเพื่อคุมกำเนิดมีหลายแบบ

17. IUD (ห่วงอนามัย)[17]

ห่วงอนามัยที่ใช้อยู่ 2 ประเภท คือ

- First generation IUD - inert (non medicated) ไม่มีสารที่ช่วยเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ เช่น Lippes loop ปัจจุบันไม่มีใช้ในการคุมกำเนิดแล้ว
- Second generation IUD - bioactive (medicated) เป็นห่วงอนามัยชนิดที่มีสารช่วยเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ แบ่งเป็น

(1) **ห่วงอนามัยที่มีสารทองแดงออกฤทธิ์** ได้แก่ Multiload 250, Multiload 375, Nova T และ T Cu 380 A เป็นต้น ออกฤทธิ์โดยการฆ่าตัวอสุจิ copper ions ลดการเคลื่อนไหวของตัวอสุจิและ acrosomal enzyme activation ทำให้ตัวอสุจิเดินทางไปไม่ถึงท่อนำไข่ นอกจากนี้ ยังทำให้เกิด sterile inflammatory reaction ในโพรงมดลูกซึ่งจะเป็นตัวทำลายตัวอสุจิด้วย

- Multiload 250 เป็นห่วงอนามัยรูปร่างคล้ายร่ม ทำด้วยโพลีเอธิลีน ความยาว 24 มม. กว้าง 13 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 250 ตารางมิลลิเมตร สายห่วงเป็น monofilament สีฟ้า 2 เส้น อายุการใช้งาน 3 ปี
- Multiload 375 เป็นห่วงอนามัยลักษณะเดียวกับ Multiload 250 ความยาว 35 มม. กว้าง 20 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสทองแดง 375 ตารางมิลลิเมตร อายุการใช้งาน 5 ปี
- Nova T เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” ทำด้วยโพลีเอธิลีน ความยาว 32 มม. ปลายของก้านห่วงเป็น loop ป้องกันก้านทะลุบริเวณปากมดลูก มีพื้นที่ผิวสัมผัสทองแดง 200 ตารางมิลลิเมตร อายุการใช้งาน 5 ปี
- T Cu 380 A เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” ทำด้วยโพลีเอธิลีน ความยาว 36 มม. กว้าง 32 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 380 ตารางมิลลิเมตร สายห่วงเป็น monofilament สีขาว 2 เส้น อายุการใช้งาน 10 ปี

(2) **ห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน เป็นสารออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิด**
ได้แก่ Progestasert และ Levonorgestrel IUD (Mirena)®

- Progestasert เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” ทำด้วย ethylene vinyl acetate copolymer บริเวณก้านห่วงบรรจุฮอร์โมน โปรเจสเตอโรน 38 มิลลิกรัมอายุการใช้งาน 1 ปี เนื่องจากพบการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกสูงขึ้น ปัจจุบันจึงไม่ใช้แล้ว

- Levonorgestrel-intrauterine system (LNG-IUS) เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” กว้าง 32 มม. ก้านยาว 32 มม. บริเวณก้านห่วงบรรจุฮอร์โมน levonorgestrel 52 มิลลิกรัมซึ่งจะปล่อยฮอร์โมนออกมาวันละ 20 ไมโครกรัม สายห่วงเป็น monofilament สีดำ 2 เส้น อายุการใช้งาน 5 ปี กลไกการคุมกำเนิดทำให้มูกที่ปากมดลูกข้น ตัวอสุจิผ่านเข้าได้ยากการเปลี่ยนแปลงสารคัดหลั่งในท่อนำไข่จะทำให้ตัวอสุจิไม่เคลื่อนไหว นอกจากนี้เยื่อบุโพรงมดลูกยังป้องกันการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว นอกจากได้ผลดีในด้านการคุมกำเนิดแล้วยังใช้ในการรักษา idiopathic menorrhagia,fibroids, adenomyosis และใช้เป็น endometrial protection ระหว่างให้ estrogen replacement therapy อีกด้วย

18. วิธีการคุมกำเนิดฉุกเฉิน[18]

ภายหลังการร่วมเพศโดยมิได้คุมกำเนิดมาก่อนหรือกำลังใช้ แต่มีปัญหา เช่น ลืมรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดหรือถุงยางอนามัยขาด ยังมีวิธีที่จะยับยั้งไม่ให้เกิดการตั้งครรภ์ได้หลายวิธี ได้แก่

- Emergency contraceptive pill (ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน) การใช้ฮอร์โมนเพื่อคุมกำเนิดภายหลังการร่วมเพศนั้น ระยะแรกใช้เอสโตรเจนอย่างเดียวได้ผลดี แต่มีอาการข้างเคียงมาก ต่อมามีผู้ใช้เอสโตรเจนกับโปรเจสโตเจนรวมกันในรูปของยาเม็ดคุมกำเนิด Yuzpe’s regimen หรือใช้โปรเจสโตเจนในขนาดสูง คือ levonorgestrel 750 ไมโครกรัม (เช่น Postinor, Madonna) สามารถคุมกำเนิดได้ผลดี อัตราความล้มเหลวต่ำ อาการข้างเคียงน้อย ถ้าใช้ทันทีหรือภายใน 3 ชั่วโมงแรก เรียกว่า post coital pills (ยาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศ) ถ้าใช้ในวันรุ่งขึ้น เรียกว่า morning after pills (ยาเม็ดรุ่งอรุณ) เพื่อมิให้ผู้รับบริการเข้าใจผิดว่าเป็นวิธีคุมกำเนิดปกติ ปัจจุบันจึงเรียกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ใช้ภายใน 72 ชั่วโมงหลังร่วมเพศ
- IUD (ห่วงอนามัยคุมกำเนิดภายหลังร่วมเพศ) ได้มีผู้นำเอา copper IUD (ดังกล่าวใน ข้อ 17) มาใช้ภายใน 5 วันหลังร่วมเพศ พบว่าได้ผลสูงมากในการป้องกันการตั้งครรภ์และถ้าใส่ต่อไปก็จะเป็นการคุมกำเนิดต่อเนื่องไปเลยได้อีกด้วย
- Progesterone antagonist (ยาต้านฤทธิ์ของโปรเจสเตอโรน) โปรเจสเตอโรนเป็นฮอร์โมนที่จำเป็นต่อการฝังตัวในมดลูกของไข่ที่ผสมแล้ว ดังนั้น การใช้ยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งผลของโปรเจสเตอโรน เช่น mifepristone (RU 486) จึงสามารถรบกวนการตั้งครรภ์และใช้สำหรับคุมกำเนิดได้ ผลการศึกษาพบว่าได้ผลดีและภาวะแทรกซ้อนต่ำ

19. Prostaglandins (พรอสตาแกลนดิน)[19]

เป็นสารที่เดิมแยกได้จาก Prostate gland จึงได้ชื่อเช่นนี้ ต่อมาพบว่ามีในอวัยวะอื่นๆ ทั้งในผู้ชายและผู้หญิง ปัจจุบันมีการสังเคราะห์พรอสตาแกลนดินได้หลายสิบชนิด การใช้สารนี้ในขนาดที่มากพอจะทำให้เกิดการแท้งได้ จึงใช้ในการปรับประจำเดือน ทำแท้งในไตรมาสแรกและไตรมาสที่สอง ใช้เตรียมขยายปากมดลูก เพื่อการทำหัตถการอื่น ใช้กระตุ้นให้เกิดการเจ็บครรภ์ รวมทั้งยังสามารถรักษาอาการตกเลือดหลังคลอดได้อีกด้วย

20. Menstrual regulation (การปรับประจำเดือน)[20]

ใช้ Menstrual regulation kit (MR kit) ซึ่งประกอบด้วย mini vacuum syringe ร่วมกับ flexible plastic cannula สอด cannula เข้าไปในโพรงมดลูกเพื่อปรับประจำเดือนภายใน 5-6 สัปดาห์หลังจากประจำเดือนมาครั้งสุดท้าย

21. First trimester abortion (การทำแท้งในไตรมาสแรก)[20]

ในระยะ 12 สัปดาห์แรก อาจจะใช้ menstrual regulation kit, dilatation และ sharp curettage หรือ dilatation แล้วตามด้วย suction curettage ก็ได้ผลดี ปัจจุบันมีการพัฒนา MR kit เป็นรุ่นใหม่เรียกว่า MVA (Manual Vacuum Aspiration)

22. Second trimester abortion (การทำแท้งในไตรมาสที่สอง)[19]

ในอดีตใช้ intra-amniotic hypertonic saline instillation มีความยุ่งยากในการเตรียม ต่อมาใช้ prostaglandin เช่น sulprostone ฉีดเข้ากล้ามหรือผสมน้ำเกลือหยดทางหลอดเลือดดำก็ให้ผลสูงและภาวะแทรกซ้อนต่ำ แต่มีราคาแพง ปัจจุบันนิยมใช้ misoprostol เหน็บทางช่องคลอด ได้ผลดีภาวะแทรกซ้อนต่ำ

23. Breast feeding (การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา)[21]

หลังคลอดเมื่อบุตรดูดนมมารดา จะทำให้มีการกระตุ้นต่อมใต้สมอง และระงับการตกไข่ได้ เรียกวิธีคุมกำเนิดนี้ว่า Lactational amenorrhea method ถ้าเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียวและยังไม่มีประจำเดือนมาจะสามารถคุมกำเนิดได้นานถึง 6 เดือน ถ้ามีประจำเดือนมาแล้วก่อน 6 เดือน จะต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย ความเจริญของบ้านเมืองและปัญหาเศรษฐกิจและสังคมที่ทำให้สตรีต้องออกทำงานนอกบ้าน ไม่มีโอกาสเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ทำให้ไข่ตกเร็วกว่าที่ควร จะมีโอกาสตั้งครรภ์ได้มาก จึงควรหันมาสนใจเรื่องนี้กันมากขึ้น เพราะการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานอกจากช่วยคุมกำเนิดได้แล้วยังช่วยไม่ให้บุตรเป็นโรคขาดอาหาร ได้รับภูมิคุ้มกันโรคและยังประหยัดกว่าใช้นมผสมอีกด้วย

วิธีคุมกำเนิดในอุดมคติ

ผู้รับบริการคุมกำเนิดและผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคน ต้องการจะหาวิธีคุมกำเนิดที่ดีที่สุด เหมาะสมที่สุด เรียกว่า **"วิธีคุมกำเนิดในอุดมคติ"** ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้

1. ปลอดภัย
2. ประสิทธิผลสูง (ประสิทธิภาพสูง)
3. ใช้ง่าย
4. ประหยัด ราคาถูก
5. ปราศจากข้อเสีย หรืออาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ อาการข้างเคียงของวิธีคุมกำเนิดบางอย่างก็อาจจะเป็นที่พึงประสงค์ก็ได้ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดทำให้ประจำเดือนมาน้อย เหมาะสำหรับผู้ที่เป็นโรคโลหิตจางจากการเสียเลือด ยาฉีดคุมกำเนิดมักทำให้อ้วน จึงเหมาะสำหรับคนที่ผอมและอยากอ้วน เป็นต้น
6. ไม่ขัดขวางการร่วมเพศ วิธีคุมกำเนิดบางชนิดอาจขัดขวางการร่วมเพศ หรือขัดจังหวะในการร่วมเพศ เช่น การใช้ถุงยางอนามัย หรือการใช้ยาฆ่าตัวอสุจิ ซึ่งต้องมีระยะเวลาที่แน่นอนก่อนการร่วมเพศ

7. เป็นที่ยอมรับในด้านศาสนา ขนบธรรมเนียมและวัฒนธรรม
8. เมื่อหยุดใช้แล้ว กลับมีการเจริญพันธุ์ใหม่ได้อีก
9. ไม่ต้องรับการบริการจากแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ เพราะจำนวนแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ก็ขาดแคลนอยู่แล้ว

วิธีคุมกำเนิดที่กล่าวมาทั้ง 23 วิธีนี้ ยังไม่มีวิธีใดที่มีคุณสมบัติครบถ้วน แต่มีหลายวิธีที่มีคุณสมบัติหลายข้อของวิธีคุมกำเนิดในอุดมคติที่ผู้รับบริการสามารถเลือกใช้ตามความเหมาะสมของแต่ละคนได้

ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิด

ในการพิจารณาเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดนั้น สิ่งแรกที่ผู้รับบริการรวมทั้งผู้ให้บริการมักจะพิจารณาก่อนอื่นก็คือ ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ เป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปแล้วว่าประสิทธิภาพขึ้นอยู่กับวิธีการใช้ที่ถูกต้องและสม่ำเสมอ [1]

ปัจจุบันยังมีความสับสนในการใช้คำว่า “ประสิทธิภาพ” หรือ “ประสิทธิผล” ความจริงแล้วควรใช้คำว่าประสิทธิผลจึงจะถูกต้อง แต่เนื่องจากมีการใช้คำผิดพลาดจนเคยชิน และเป็นที่เข้าใจกันโดยทั่วไปแล้ว ในที่นี้จึงใช้คำว่าประสิทธิภาพไปก่อน

ผู้วิจัยเกี่ยวกับการคุมกำเนิดสามารถวัดประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ได้จากความล้มเหลวที่ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในขณะใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ (contraceptive failure) ซึ่งมีวิธีการวัดอย่างน้อย 2 แบบ คือ [2, 16]

1. ประสิทธิภาพทางทฤษฎี (theoretical or method effectiveness)
2. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ (use effectiveness)

1. ประสิทธิภาพทางทฤษฎี (theoretical or method effectiveness)

คิดเฉพาะการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น เมื่อมีการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นอย่างสม่ำเสมอและถูกต้องตามข้อเสนอ แนะนำวิธีใช้ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดก็ต้องรับประทานตรงเวลาทุกวัน ถ้ารับประทานผิดเวลาแล้วเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นก็ไม่นับว่าใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง ดังนั้น ประสิทธิภาพทางทฤษฎีจึงเป็นประสิทธิภาพที่สูงที่สุดของวิธีนั้น เมื่อใช้ในสภาพที่ดีที่สุดและเหมาะสมที่สุด ประสิทธิภาพทางทฤษฎีนั้นมักจะหาจากข้อมูลในห้องปฏิบัติการหรือในขณะเริ่ม clinical trial ระยะแรก ๆ ที่มีการควบคุมกำกับดูแลกันอย่างใกล้ชิดเท่านั้น

2. ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ (use effectiveness)

ประสิทธิภาพทางปฏิบัติ คิดจากจำนวนการตั้งครรภ์ทั้งหมดที่เกิดขึ้นขณะที่ใช้การคุมกำเนิด ซึ่งการใช้อาจจะถูกต้องหรือไม่ถูกต้องก็ได้ โดยรวมการตั้งครรภ์ขณะที่ใช้วิธีนั้นอย่างถูกต้อง (method failure) และการตั้งครรภ์ที่เกิดจากการใช้ไม่ถูกต้อง หรือใช้อย่างไม่ระมัดระวัง หรือใช้อย่างไม่สม่ำเสมอ (user failure) ดังนั้น ประสิทธิภาพทางปฏิบัติจึงใกล้เคียงกับความเป็นจริง เมื่อนำวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ไปบริการให้ประชาชนทั่วไป

ประสิทธิภาพทางทฤษฎีและประสิทธิภาพทางปฏิบัติของวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีจะมีความแตกต่างกันมากน้อยดังตารางที่ 1 ที่ศึกษาในสหรัฐอเมริกา [22] สำหรับข้อแตกต่างระหว่าง method failure กับ user failure จะแสดงถึงความยากง่ายของการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ เช่น ถ้า method failure พบได้ร้อยละ 3 แต่ user failure พบมากถึงร้อยละ 10 แสดงว่ามีความยุ่งยากในการใช้มากพอสมควร

ตารางที่ 1 Percentage of women experiencing an unintended pregnancy during the first year of use and the percentage continuing use at the end of the first year, United States of America.

	% of women experiencing an unintended pregnancy within the first year of use		% of women continuing use at one year
Method	**Typical use**	**Perfect use**	
No method	85	85	
Spermicides	29	18	42
Withdrawal	27	4	43
Periodic abstinence	25		51
Calendar		9	
Ovulation method		3	
Sympto-thermal		2	
Post-ovulation		1	
Cap			
Parous women	32	26	46
Nulliparous women	16	9	57
Sponge			
Parous women	32	20	46
Nulliparous women	16	9	57
Diaphragm	16	6	57
Condom			
Female (Reality)	21	5	49
Male	15	2	53
Combined pill and minipill	8	0.3	68
Combined hormonal patch (Evra)	8	0.3	68
Combined hormonal ring (NuvaRing)	8	0.3	68
DMPA (Depo-Provera)	3	0.3	56
Combined injectable (Lunelle)	3	0.05	56
IUD			
ParaGard (copper T)	0.8	0.6	78
Mirena (LNG-IUS)	0.1	0.1	81

LNG implants (Norplant and Norplant-2)	0.05	0.05	84
Female sterilization	0.5	0.5	100
Male sterilization	0.15	0.10	100

Emergency contraceptive pills: Treatment initiated within 72 hours after unprotected intercourse reduces the risk of pregnancy by at least 75%.

Lactational amenorrhea method: LAM is a highly effective, temporary method of contraception.

ที่มา : Trussell J [22]

ในการให้คำแนะนำเรื่องประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิดแก่ผู้รับบริการนั้น ผู้ให้บริการจะต้องเป็นกลาง อย่าทำให้ผู้รับบริการไขว้เขวโดยการบอกประสิทธิภาพทางทฤษฎีของวิธีที่ตนเองชอบ และบอกประสิทธิภาพทางปฏิบัติของวิธีที่ตนเองไม่ชอบหรือคิดว่าผู้รับบริการไม่น่าจะใช้ เช่น ไม่ควรบอกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพสูงมากได้ผลร้อยละ 99.7 รองลงมาจากการทำหมัน ถุงยางอนามัยได้ผลร้อยละ 85 ยาฆ่าเชื้ออสุจิได้ผลร้อยละ 71 ซึ่งจะทำให้ผู้รับบริการเห็นข้อแตกต่างระหว่างยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัย และยาฆ่าเชื้ออสุจิต่างกันมาก ซึ่งความจริงแล้วประสิทธิภาพทางปฏิบัติของยาเม็ดคุมกำเนิดอยู่ระหว่าง ร้อยละ 90 - 94 ซึ่งดีกว่าถุงยางอนามัยไม่มากนัก เป็นต้น การให้ข้อมูลเช่นนี้อาจจะเกิดความลำเอียง ดังเช่น ได้มีผู้ศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยวางแผนครอบครัวส่วนใหญ่บอกประสิทธิภาพทางทฤษฎี หรือบางทีบอกอัตราที่สูงกว่าสำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดและห่วงอนามัย แต่ส่วนใหญ่จะบอกประสิทธิภาพทางปฏิบัติสำหรับถุงยางอนามัยและยาฆ่าเชื้ออสุจิ และมักจะบอกประสิทธิภาพในอัตราที่ต่ำกว่าเป็นจริงอีกด้วย[22]

วิธีคำนวณหาประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิด [2, 16, 22]

ประสิทธิภาพของวิธีคุมกำเนิด วัดจากการตั้งครรภ์ขณะคุมกำเนิด มีวิธีวัด 2 แบบ คือ

1. Pearl index

จากการหาจำนวนผู้ใช้การคุมกำเนิดวิธีหนึ่งๆ และระยะเวลาที่ใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นแล้วนำมาคำนวณดูว่า มีการตั้งครรภ์กี่รายต่อจำนวนสตรีที่ใช้ 100 รายในระยะเวลา 1 ปี
เช่น สตรี 150 คน ใส่ห่วงอนามัยนาน 2 ปีครึ่ง (30 เดือน) พบว่ามีการตั้งครรภ์ 4 คน

$$\text{Pearl index} = \frac{\text{จำนวนการตั้งครรภ์} \times 100 \times 12}{\text{จำนวนสตรี} \times \text{จำนวนเดือนที่ใช้การคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ}}$$

เช่น สตรี 150 คน ใส่ห่วงอนามัยนาน 2 ปีครึ่ง (30 เดือน) พบว่ามีการตั้งครรภ์ 4 คน

$$\text{Pearl index} = \frac{4 \times 100 \times 12}{150 \times 30}$$

$$= 1.07 \text{ pregnancy per 100 women year}$$

สำหรับจำนวนเดือนที่ใช้การคุมกำเนิดวิธีนั้นๆ ถ้าผู้รับบริการทุกคนใช้ในเวลาเท่าๆ กันก็คิดได้ง่าย โดยใช้จำนวนผู้รับบริการ คูณด้วยจำนวนเดือนที่ศึกษา เช่น 150 คน X 30 เดือน เป็นต้น ถ้าผู้รับบริการใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ เป็นเวลาไม่เท่ากันก็ให้คิดผลรวมของจำนวนเดือนทั้งหมดที่ผู้รับบริการทุกคนได้ใช้วิธีนั้นๆ

วิธีหาอัตราล้มเหลวโดยคิด Pearl index นั้น คำนวณได้ง่าย ถ้าได้จำนวนตัวอย่างที่เหมาะสมและคุมกำเนิดเป็นเวลานานพอ ก็จะเป็นตัวเลขที่เชื่อถือได้ แต่วิธีนี้จะใช้ไม่ได้กับวิธีคุมกำเนิดที่มีอัตราล้มเหลวสูงในปีแรก หรือวิธีใช้ที่ยากทำให้มีผู้เลิกใช้มากในระยะแรกๆ ยกตัวอย่าง เช่น สตรี 150 คน คุมกำเนิดคนละ 2 ปี (24 เดือน) จะได้ระยะเวลาการใช้ (total months of exposure) ทั้งหมด 3,600 เดือน เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่มีผู้ใช้ 1,800 ราย แต่ใช้เพียงรายละ 2 เดือน จะได้ระยะเวลาการใช้ 3,600 เดือน เช่นเดียวกัน แต่ผลการใช้ 2 เดือนจะแตกต่างกับการใช้ในระยะ 24 เดือนอย่างแน่นอน

2. Life table analysis (การวิเคราะห์แบบตารางชีพ)

เป็นวิธีการหาอัตราการตั้งครรภ์ต่อสตรี 100 คน เมื่อใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ไปถึงช่วงเวลาหนึ่ง เช่น 6, 12, 18 และ 24 เดือน เป็นต้น และยังบอกจำนวนหรืออัตราการเลิกใช้วิธีคุมกำเนิด หรืออาการข้างเคียงของวิธีนั้นๆ อีกด้วย จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมกว่าวิธีแก้ แต่ก็มีความยุ่งยากพอสมควรสำหรับผู้ที่ไม่ใช่นักสถิติ

หลักการของการวิเคราะห์แบบตารางชีพ (Life table analysis) แตกต่างจากการคำนวณโดย Pearl index ที่อาศัยการคำนวณที่ละเอียดมากขึ้น เพราะคำนึงถึงระยะเวลาการใช้จริงของกลุ่มที่หยุดใช้และกลุ่มที่ขาดการติดต่อ (loss to follow up) ด้วย โดยคิดว่าในกลุ่มทั้งสองนี้ถึงจะขาดการติดต่อไปแต่ก็ยังอาจจะยังใช้วิธีคุมกำเนิดอยู่ และยังไม่ตั้งครรภ์อยู่อีกระยะหนึ่ง หลักการทางตารางชีพใช้คาดประมาณว่าผู้ที่ขาดการติดต่อในช่วงระยะเวลาหนึ่งจะคุมกำเนิดต่อไปเป็นเวลาประมาณครึ่งหนึ่งของช่วงที่ศึกษา เพื่อให้เห็นชัดเจนขึ้นจะยกตัวอย่าง เช่น ในการศึกษาวิธีคุมกำเนิดวิธีหนึ่ง เมื่อศึกษาครบ 6 เดือน มีผู้มาติดต่ออย่างสม่ำเสมอและคุมกำเนิดอยู่ 150 คน แต่พบครบ 7 เดือน ปรากฏว่าในช่วงระยะเดือนที่ 6 ถึงเดือนที่ 7 นั้นมีผู้ตั้งครรภ์ 2 คน และขาดการติดต่อหรือหยุดคุมกำเนิดไป 18 คน เหลือผู้ที่คุมกำเนิดอยู่ 130 คน ในการคำนวณโดยตารางชีพจะพิจารณาผู้ที่ขาดการติดต่อ หรือหยุดคุมกำเนิด 18 คนนี้ด้วย โดยตั้งสมมติฐานว่าผู้ที่ขาดการติดต่อนี้คงจะยังคงใช้วิธีคุมกำเนิดหลังครบ 6 เดือนต่อไปอีกประมาณครึ่งเดือนก่อนที่จะเลิกใช้และไม่มาติดต่ออีกในช่วงครบ 7 เดือน รวมผู้ที่ใช้ครบ 7 เดือน 130 คน และใช้ 6 เดือนครึ่ง 18 คน โดยวิธีนี้จำนวนเดือนของการคุมกำเนิดที่ใช้ในการคำนวณจะมากกว่าที่ใช้ในการคำนวณแบบ Pearl index ทำให้ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดจากการคำนวณแบบตารางชีพสูงกว่าแต่ใกล้เคียงความจริงมากกว่า

วิธีคุมกำเนิดที่อาจจะนำมาใช้ได้ในอนาคต[4]

1. ยาเม็ดคุมกำเนิด - ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมที่มี ethinyl estradiol 15 ไมโครกรัม มีใช้ในหลายประเทศและกำลังศึกษาทดลองอยู่หลายแห่ง
2. ยาฝังคุมกำเนิด - นอกจากยาฝังคุมกำเนิดที่ใช้ในปัจจุบันคือ Implanon หรือ Etoplan และ 2 LNG-Rod (Jadelle ^{R}) แล้ว ในอนาคตอาจจะมียาฝังคุมกำเนิดต่อไปนี้ :-

- Uniplant 1 capsule ของ nomegestrol
- Nesterone 1 capsule ของ nesterone ใช้ได้ 2 ปี
- Annuelle เป็น pellets ของ norethindrone

3. วงแหวนใส่ช่องคลอด NuvaRing [R] กำลังใช้อยู่ในหลายประเทศอย่างได้ผลดี ในอนาคตอาจจะมีวงแหวนใส่ช่องคลอดที่ประกอบด้วยโปรเจสโตเจนอย่างเดียวใส่ได้นานหลายๆ เดือน
4. ห่วงอนามัย เช่น Gynefix Copper IUD เป็นห่วงอนามัยที่ประกอบด้วยทองแดง 6 แท่งต่อกันด้วยสายห่วงซึ่งปลายด้านหนึ่งฝังอยู่กับ fundus สายห่วงอีกด้านหนึ่งโผล่ออกมาที่ปากมดลูกเป็นวิธีคุมกำเนิดแบบขวางกั้นในสตรี
   - ถุงยางอนามัยสตรีในรูปแบบใหม่
   - หมวกยางครอบปากมดลูกที่ใส่ได้เองโดยผู้รับบริการ (ปกติต้องให้แพทย์ใส่ให้)
   - ฟองน้ำคุมกำเนิดรุ่นใหม่ Protectaid
5. ยาฆ่าตัวอสุจิชนิดใหม่ กำลังศึกษาให้ใช้ได้ทั้งเป็นยาฆ่าตัวอสุจิและยาปฏิชีวนะด้วย
6. วิธีคุมกำเนิดในผู้ชาย

- ยาฉีดคุมกำเนิด	- progestin + testosterone
	- GnRH + testosterone
- ยาฝังคุมกำเนิด	- GnRH + androgen
	- testosterone + progestin

   - วิธีการทำหมันชายชั่วคราว โดยการฉีด polymer เพื่อไปอุด vas deferens
   - antisperm compounds (รับประทาน)

8. วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉิน กำลังศึกษากันหลายวิธี
9. วัคซีนคุมกำเนิด - อยู่ในขั้นทดลอง phase 1
10. การทำหมันหญิงโดยใช้ quinacrine

สรุป

การคุมกำเนิด แม้ว่าจะเป็นความต้องการส่วนบุคคล ครอบครัว และสังคมมาเป็นเวลานาน แต่เพิ่งจะมีวิวัฒนาการที่ได้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง และมีความปลอดภัยมากในการใช้เพียงในระยะเวลา 40-50 ปีมานี้ ปัจจุบันมีวิธีคุมกำเนิดอย่างน้อย 23 กลุ่มวิธี บางวิธีก็เคยใช้มาแล้วแต่ไม่ใคร่ได้ผลดี บางวิธีมีความยุ่งยากในการใช้ มีหลายวิธีที่กำลังใช้อยู่อย่างได้ผลดี และมีบางวิธีที่กำลังอยู่ในขั้นทดลองที่น่าจะนำมาใช้ได้ในอนาคต แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ควรได้ศึกษาหาความรู้ในรายละเอียดของแต่ละวิธี เพื่อให้คำแนะนำและให้บริการคุมกำเนิดอย่างเหมาะสมสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน

เอกสารอ้างอิง

1. Senanayake P. Controlling fertility : points of intervention. People 1981;8(4):6-7.
2. Kane P. The which guide to birth control. London : Consumer's Association and Hodder & Stoughton; 1983.
3. Swerdloff RS, Tom LKS, Salameh W, Steiner B, Peterson M, Rivier J, et al. Male contraception : achievement of reversible azoospermia by combined gonodotropin releasing hormone antagonist and testosterone enanthate. Contraception 1992;14 (5) :3-4.
4. Hatcher RA, Zieman M, Cwiak C, Darney PD, Creinin MD, Stosur HR. A pocket guide to managing contraception. Georgia : Bridging the Gap Foundation, 2004.
5. ไพฑูรย์ คชเสนี, กฤษฎา รัตนโอฬาร. การทำหมันชาย. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร:สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535:405-32.
6. ดำรง เหรียญประยูร. ยาเม็ดคุมกำเนิด. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543 : 70-106.
7. Speroff L, Darney PD. A clinical guide for contraception, 3rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2001.
8. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. ยาฉีดคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
9. สุวชัย อินทรประเสริฐ. ยาฝังคุมกำเนิดชนิดใหม่ (New Contraceptive Implant). ใน : คณะอนุกรรมการจัดประชุมและอบรมวิชาการภายในประเทศ. การประชุมฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 13 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 2 - 4 พฤษภาคม 2544. อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี. กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2544; 164-71.
10. Roumen F. Contraceptive efficacy and tolerability with a novel combined contraceptive vaginal ring, NuvaRing. Eur J Contracept Reprod Health Care 2002;7(suppl 2) : 19 -24.
11. Coutinho EM, Silva AR, Curreira C, Rodringues V, Gonacalves MT. Conception control by vaginal administration of pills containing ethinyl-estradiol and dl-norgestrel. Fertil Steril, 1984;42:479-81.
12. Coutinho E. The vaginal contraceptive pill. IPPF Medical Bulletin 1985;19 (1) :2-3.
13. สุวชัย อินทรประเสริฐ, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การทำหมันหญิง. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535:447-73.

14. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์. วิธีคุมกำเนิดโดยงดร่วมเพศบางช่วงเวลา. ใน 14. : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535:239-56.
15. เฉลิมศรี ธนันตเศรษฐ, สุวชัย อินทรประเสริฐ.วิธีคุมกำเนิดชนิดขวางกั้น.ใน: สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535:215-38.
16. สุพร เกิดสว่าง. คุมกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ธีระการพิมพ์, 2537.
17. ดำรง เหรียญประยูร. ห่วงอนามัย. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2543 : 162-200.
18. สุวชัย อินทรประเสริฐ. วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉิน. ใน : คณะอนุกรรมการจัดประชุมและอบรมวิชาการภายในประเทศ. การอบรมฟื้นฟูวิชาการครั้งที่ 12. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย 26-28 เมษายน 2543. อาคารเฉลิมพระบารมี ๕๐ ปี กรุงเทพมหานคร : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2543:120-8.
19. กรกฎ ศิริมัย, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, อรวรรณ คีรีวัฒน์. การทำแท้งโดยวิธีใช้ยา. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน และคณะ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2548:93-9.
20. สุวชัย อินทรประเสริฐ, ธนพันธ์ ชูบุญ, สัญญา ภัทราชัย. การปรับระดูและการใช้กระบอกดูดสุญญากาศ. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน และคณะ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. กรุงเทพมหานคร : กรมอนามัยและราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. 2548:123-34.
21. มานี ปิยะอนันต์. การคุมกำเนิดกับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่.ใน: ส่าหรี จิตตินันทน์,วีระพงษ์ ฉัตรานนท์, ศิราภรณ์ สวัสดิวร, บรรณาธิการ. เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ความรู้สู่ปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์กรุงเทพเวชสาร, 2546 : 207-14.
22. Trussell J. Contraceptive efficacy. In : Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, et al. Contraceptive technology : 18th revised edition. New York NY : Ardent Media, 2004.

บทที่ 4

ยาเม็ดคุมกำเนิด
(Oral Contraceptive Pills)

ยุพา พูนขำ
นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน

บทที่ 4

ยาเม็ดคุมกำเนิด
(Oral Contraceptive Pills)

ยุพา พูนขำ
นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน

คำนำ

ปัจจุบันวิธีคุมกำเนิดที่ได้รับความนิยมสูงสุด และใช้กันอย่างแพร่หลายทั้งในประเทศไทยและทั่วโลกมากว่า 40 ปี คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด [1] สำหรับประเทศไทยผลการสำรวจภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทยในปี พ.ศ.2546 พบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดที่นิยมมากที่สุดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ [2] ยาเม็ดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดแบบชั่วคราวที่มีการวิจัยและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีประสิทธิผลในการคุมกำเนิดที่เชื่อถือได้ ปัจจุบันยาเม็ดคุมกำเนิดมีปริมาณของฮอร์โมนสังเคราะห์ลดต่ำลงทำให้อาการข้างเคียงต่างๆ ลดน้อยลงแต่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

ชนิดของยาเม็ดคุมกำเนิด [3]

ยาเม็ดคุมกำเนิดสามารถแบ่งตามชนิดของฮอร์โมนได้เป็น 2 ชนิด คือ

1. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (combined oral contraceptives หรือ COCs)

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตเจนที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการตั้งครรภ์ ปัจจุบันมีการบรรจุฮอร์โมนในปริมาณที่น้อยกว่าในอดีต แต่ประสิทธิผลในการคุมกำเนิดเท่าเดิม และอาการข้างเคียงและข้อห้ามใช้ลดน้อยลง COCs แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1 Monophasic หรือ fixed dose pills ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้มีฮอร์โมนสังเคราะห์ของเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนในขนาดเท่ากันทุกเม็ด ในหนึ่งแผงจะมี 21 เม็ด หรือ 28 เม็ด โดย 7 เม็ดสุดท้ายไม่มีฮอร์โมนเลย แต่เป็นยาหลอก (placebo) ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้สามารถแบ่งตามปริมาณของฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ 3 กลุ่ม คือ

- ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนปริมาณสูง คือมีเอสโตรเจน 50 ไมโครกรัม และปริมาณโปรเจสโตเจนก็มีมาก เนื่องจากมีปริมาณฮอร์โมนสังเคราะห์สูง จึงมีภาวะแทรกซ้อนและผลข้างเคียงมาก ปัจจุบันนำมาใช้เพื่อรักษาอาการทางนรีเวช หรือใช้เป็นยาคุมฉุกเฉินมากกว่าใช้เป็นยาคุมกำเนิดปกติ

- ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนปริมาณต่ำ คือมีเอสโตรเจนน้อยกว่า 50 ไมโครกรัม และปริมาณโปรเจสโตเจนก็น้อยกว่ากลุ่มแรก ที่ใช้กันมากมีเอสโตรเจนเพียง 30-35 ไมโครกรัม
- ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนปริมาณต่ำมาก คือมีเอสโตรเจนเพียง 20 ไมโครกรัม ยาในกลุ่มนี้มีข้อดีคือมีเอสโตรเจนต่ำ ทำให้เกิดอาการข้างเคียงน้อย แต่ก็มีข้อเสียคืออาจทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอย หรือรอบเดือนอาจขาดหายไปได้ และถ้าลืมรับประทานโอกาสที่จะตั้งครรภ์มีสูงกว่า 2 กลุ่มแรก

1.2 Multiphasic pills ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดนี้ มีฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนในปริมาณที่ไม่เท่ากันทุกเม็ด สามารถแบ่งได้เป็น 2 ชนิด คือ ชนิด biphasic ที่มีฮอร์โมนต่างกัน 2 ระดับ และชนิด triphasic เป็นยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนต่างกัน 3 ระดับ ซึ่งยาคุมกำเนิดประเภทนี้ต้องรับประทานเรียงตามลำดับ ห้ามรับประทานข้ามโดยเด็ดขาด (ดูรายละเอียดในบทที่ 3 เรื่องวิธีการคุมกำเนิด)

2. ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจนอย่างเดียว (progestogen-only pills หรือ POPs)

ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว เป็นยาเม็ดกลุ่มที่ไม่มีเอสโตรเจน บางคนเรียก minipill คือมีโปรเจสโตเจนปริมาณน้อยและเท่ากันทุกเม็ด แต่ละแผงจะมี 28 หรือ 35 เม็ด ยาคุมชนิดนี้ไม่มีอาการข้างเคียงของเอสโตรเจน แต่ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดต่ำกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมเพราะการระงับไข่ตกไม่แน่นอน หากตั้งครรภ์โอกาสที่เป็นครรภ์นอกมดลูกจะสูงขึ้นเล็กน้อย ขณะนี้มีอยู่ชนิดเดียวคือ Exluton® มี 28 เม็ดต่อแผง

ยาเม็ดคุมกำเนิดอีกชนิดหนึ่งในกลุ่มนี้คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจนในปริมาณสูง คือ levonorgestrel ในขนาด 0.75 มิลลิกรัม ที่มีขายในเมืองไทยมี 2 ยี่ห้อ คือ Postinor® กับ Madonna® เป็นยาคุมกำเนิดที่ใช้ในกรณีฉุกเฉิน จึงเรียกว่ายาคุมฉุกเฉิน ต้องรับประทาน 1 เม็ดใน 72 ชั่วโมงหลังการร่วมเพศที่ไม่มีการคุมกำเนิดมาก่อนหรือวิธีคุมกำเนิดที่ใช้อยู่เกิดผิดพลาด เช่น ถุงยางอนามัยแตกรั่ว เป็นต้น และหลังจากนั้น 12 ชั่วโมง ต้องรับประทานอีก 1 เม็ด

กลไกการคุมกำเนิด

ยาเม็ดคุมกำเนิดป้องกันการตั้งครรภ์ได้ โดย[3,4] ยาเม็ดคุมกำเนิดออกฤทธิ์ที่ระดับสมองและรังไข่ยับยั้งไข่ตก ซึ่งเป็นกลไกหลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ กลไกอื่นๆ คือ

- เปลี่ยนแปลงสภาพของมูกที่ปากมดลูก ทำให้มูกบริเวณปากมดลูกมีสภาพเป็นด่าง และเหนียวข้น จึงเป็นการสกัดกั้นไม่ให้ตัวอสุจิเคลื่อนเข้าสู่มดลูก
- เปลี่ยนแปลงสภาพเยื่อบุโพรงมดลูก ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางลง ไม่เหมาะสำหรับการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว
- เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของท่อนำไข่ ทำให้ไข่ที่ผสมแล้วเดินทางไปถึงมดลูกเร็วเกินไปจนไม่สามารถฝังตัวได้

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด[4]

โดยทั่วไปยาเม็ดคุมกำเนิดเริ่มต้นรับประทานระหว่างวันที่ 1- 5 ของรอบระดู สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีปริมาณฮอร์โมนต่ำ ในแผงแรกให้เริ่มรับประทานในช่วงวันที่ 1-5 ของรอบระดูเช่นเดียวกัน แต่ควรรับประทานให้เป็นเวลาเดียวกันทุกวันเพื่อป้องกันการลืม

ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด 21 เม็ด ทุกเม็ดจะมีฮอร์โมน เมื่อรับประทานหมดแผงแล้วต้องงดเว้นการรับประทาน 7 วัน เพื่อให้มีระดู แล้วจึงเริ่มรับประทานแผงใหม่

สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด 28 เม็ด นั้น 21 เม็ดแรกเป็นฮอร์โมน ส่วนอีก 7 เม็ดเป็นยาหลอก ดังนั้น จึงรับประทานเริ่มยาที่เป็นฮอร์โมนวันละเม็ดได้ทุกวันไม่ต้องงด ซึ่งประจำเดือนจะมาในช่วงการรับประทานยาหลอก 7 เม็ด นั้น

สตรีที่กำลังมีประจำเดือน เริ่มต้นรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดได้ภายใน 5 วันหลังจากเริ่มมีประจำเดือน โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นควบคู่ไปด้วย

สตรีที่ยังไม่มีประจำเดือน สามารถเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อใดก็ได้หากมั่นใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ แต่ควรงดการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยควบคู่ไปอีก 7 วัน

สตรีหลังคลอดบุตรและไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ควรเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดภายใน 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด โดยไม่ต้องรอให้มีประจำเดือน

สตรีหลังแท้ง ควรเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดทันที โดยเริ่มตั้งแต่สัปดาห์แรกหลังแท้งบุตร

สตรีหลังคลอดบุตรและมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ องค์การอนามัยโลกแนะนำว่าสตรีที่คลอดบุตรน้อยกว่า 6 สัปดาห์ หรือในช่วงมากกว่า 6 สัปดาห์ แต่ไม่ถึง 6 เดือน และมีการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ไม่ควรรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม แต่ถ้ามีประจำเดือนมาแล้ว อาจจะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสโตเจนอย่างเดียว

สตรีที่คลอดบุตรเกิน 6 เดือน และยังไม่มีประจำเดือน สามารถเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดได้เช่นเดียวกับสตรีที่ยังไม่มีประจำเดือน สตรีที่คลอดบุตรเกิน 6 เดือน และมีประจำเดือนแล้วเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดได้เช่นเดียวกับสตรีที่มีประจำเดือน

สตรีที่เปลี่ยนจากใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นที่ใช้ฮอร์โมน สามารถรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดได้ทันที หากมีการใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ที่มีฮอร์โมนมาอย่างสม่ำเสมอและถูกต้อง หรือมั่นใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์ โดยไม่จำเป็นต้องรอการมีประจำเดือนครั้งต่อไป หากเคยรับบริการยาฉีดคุมกำเนิดมาก่อน ควรเริ่มรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด เมื่อครบกำหนดต้องฉีดยาคุมกำเนิดเข็มใหม่ โดยไม่จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ร่วมด้วย

การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อมีการลืม[4]

ลืมรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน 1 เม็ด รีบรับประทานยาเม็ดที่ลืมทันทีเมื่อนึกได้ และรับประทานยาเม็ดต่อไปตามเวลาปกติที่เคยรับประทาน

ลืมรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน 2 เม็ด ให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเพิ่ม 1 เม็ดภายหลังอาหารเช้า 2 วัน และรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในแผงตามเดิม

ลืมรับประทานยาเม็ดฮอร์โมน 3 เม็ด ให้หยุดรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในรอบเดือนนั้น แล้วรอให้ระดูมาจึงเริ่มรับประทานตามวิธีที่กล่าวมาแล้ว

ลืมรับประทานยาหลอก ให้รับประทานยาไปตามปกติ

สตรีที่ไม่ควรรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด[7]

ผลของฮอร์โมนจะออกฤทธิ์ต่ออวัยวะต่างๆ ซึ่งอาจจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพต่อสตรีบางรายที่มีโรคประจำตัว ดังนั้น จึงห้ามใช้ หรือหลีกเลี่ยงการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดกับสตรีดังต่อไปนี้

1. สตรีที่ให้นมบุตรหรืออยู่ในช่วงหลังคลอดน้อยกว่า 6 สัปดาห์
2. มีประวัติ หรือป่วยด้วยโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease /stroke)
3. โรคลิ้นหัวใจที่มีภาวะแทรกซ้อน
4. สตรีอายุ 35 ปีขึ้นไปและสูบบุหรี่
5. โรคความดันโลหิตสูง ความดันโลหิต systolic มากกว่าหรือเท่ากับ 160 มม.ปรอท หรือความดันโลหิต diastolic มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มม.ปรอท ถ้าความดันโลหิต 140 -159 /90 - 99 มม.ปรอท ให้ใช้ด้วยความระมัดระวัง หรือควรหลีกเลี่ยง
6. ปวดศีรษะ migraine โดยเฉพาะที่มี aura หรืออายุ 35 ปี ขึ้นไป
7. โรคเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนของระบบหลอดเลือด (รวมทั้งโรคความดันโลหิตสูง โรคไต โรคเรตินาหรือโรคเส้นประสาท) หรือสตรีที่ป่วยเป็นเบาหวานนาน 20 ปีขึ้นไป
8. เส้นเลือดดำอุดตัน (กำลังเป็นหรือเคยเป็น)
9. การผ่าตัดใหญ่ที่ต้องนอนพักเป็นระยะเวลานาน
10. สตรีที่มีแนวโน้มความเสี่ยงต่อการผิดปกติของการอุดตันของเส้นเลือด (เช่น Factor V Leiden, prothrombin mutation, protein S, protein C และ antithrombin deficiency)
11. มะเร็งเต้านม
12. โรคตับอักเสบ ตัวเหลือง ตาเหลืองและโรคตับแข็ง
13. มีก้อนหรือเป็นมะเร็งที่ตับ

อาการข้างเคียงและการป้องกันแก้ไข[3 - 6]

ผู้รับบริการบางรายอาจมีอาการข้างเคียงบ้างในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในช่วง 3 เดือนแรก หากมีการให้คำแนะนำปรึกษาอย่างดี ผู้รับบริการก็จะเข้าใจและไม่หยุดการรับประทาน สำหรับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด และแนวทางการแก้ไขมีดังนี้

อาการข้างเคียง	แนวทางการป้องกันแก้ไข
คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่ส่วนมากเกิดจากการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนขนาดสูง หรือเป็นผลข้างเคียงที่พบได้ในระยะเริ่มรับประทานยา 1-2 แผงแรกของการรับประทานยา อาการนี้จะค่อยๆ หายไป	สามารถป้องกันและดูแลได้ ดังนี้ - ทดสอบการตั้งครรภ์เมื่อสงสัย ถ้าตั้งครรภ์ให้ผู้รับบริการหยุดรับประทานยา และอธิบายว่าปริมาณของฮอร์โมนที่อยู่ในยาเม็ดที่รับประทานเข้าไปก่อนหน้านี้มีปริมาณน้อยมาก ไม่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์ - แนะนำให้รับประทานยาหลังอาหารเย็น หรือก่อนนอน และแนะนำว่า อาการคลื่นไส้ เวียนศีรษะ อาเจียน จะลดน้อยลงหลังจากที่รับประทานยาไปแล้วประมาณ 1-2 เดือน - ปรับลดขนาดของยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมลง คือ เปลี่ยนเป็นรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ
ปวดศีรษะ ตึงคัดเต้านม อาการนี้อาจเกิดจากฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตเจน โดยเฉพาะเอสโตรเจนอาจทำให้มีการคั่งของน้ำ และเกลือ ทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ และตึงคัดเต้านมได้ ในบางรายอาจมีอาการไมเกรน	สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้โดย - อาการเจ็บคัดเต้านม มักพบในระยะแรกของการใช้ยา ควรเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนต่ำ ซึ่งผู้รับบริการส่วนใหญ่จะอาการลดลงหรือหายไปในเวลาต่อมา - เลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนต่ำ หรือหยุดใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด
หน้าเป็นสิว ฝ้า ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง อาจกระตุ้นการทำงานของเซลล์ที่สกัดสี การถูกแสงแดดเป็นประจำทำให้เกิดฝ้าได้ง่าย มีประมาณ 10-15% ที่จะเกิดฝ้าจากฤทธิ์ของฮอร์โมนไปกระตุ้นเม็ดสีของ ผิวหนัง และจะมากขึ้นเมื่อถูกแสงแดดจัด อาการนี้จะหายไปเมื่อหยุดยา ในขณะที่ฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอาจทำให้เกิดสิวได้	ควรแก้ไขโดย - ถ้าเป็นฝ้าควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนขนาดต่ำ หลีกเลี่ยงการถูกแสงแดด ใช้ครีมกันรังสีอัลตร้าไวโอเลต หรือครีมป้องกันฝ้า - ถ้าเป็นสิว ควรเปลี่ยนเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนที่มีฤทธิ์ใกล้เคียงธรรมชาติมากที่สุด

อาการข้างเคียง	แนวทางการป้องกันแก้ไข
เลือดออกกะปริดกะปรอย เป็นอาการที่มักเกิดกับผู้ที่เริ่มใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแผงแรกๆ และเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้ในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนต่ำ หรืออาจมาจากสาเหตุอื่นๆ เช่น รับประทานยาไม่ตรงเวลารับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ลืมรับรับประทานยา การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดร่วมกับยาอื่นๆ ซึ่งมีปฏิกิริยาต่อกัน เช่น ยาปฏิชีวนะยากันชัก เป็นต้น	อาการเหล่านี้ ควรแนะนำและดูแลโดย - ทดสอบการตั้งครรภ์ถ้าสงสัย หากตั้งครรภ์ควรดูอาการทางนรีเวชและสูติกรรม - รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดในเวลาเดียวกันทุกวันและสม่ำเสมอ - แนะนำสตรีให้ทราบว่า อาการเลือดออกทางช่องคลอด เป็นสิ่งปกติที่เกิดขึ้นได้ในช่วง 3 เดือนแรก หลังจากนั้นก็จะปกติหรือลดน้อยลง - ถ้ายังมีเลือดออกอยู่อย่างต่อเนื่อง แนะนำให้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีปริมาณ estrogen เพิ่มขึ้นหรือเปลี่ยนไปใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่น - หากมีเลือดออกกะปริดกะปรอย เกิน 3 เดือน ควรปรึกษาแพทย์ เพื่อตรวจดูสาเหตุของเลือดออกผิดปกติ เช่น มะเร็งปากมดลูก และสาเหตุอื่นๆ
ไม่มีประจำเดือน สตรีที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนต่ำนานๆ อาจทำให้ไม่มีประจำเดือน นอกจากนี้ผู้ที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นระยะเวลานาน แล้วไม่มีประจำเดือน เมื่อเปลี่ยนมาใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแผงแรกๆ อาจทำให้ยังไม่มีประจำเดือน เนื่องจากฤทธิ์ของยาฉีดคุมกำเนิด หรือในบางรายอาจมีการตั้งครรภ์จากการรับประทานยาไม่ถูกต้อง	แนวทางการดูแลมีดังนี้ - ในรายที่สงสัยว่ามีการตั้งครรภ์ ควรทดสอบการตั้งครรภ์ - ถ้าไม่ตั้งครรภ์และรับประทานยาอย่างถูกต้อง ควรให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการ และอธิบายว่าการที่ประจำเดือนไม่มาเนื่องจากไม่มีการสร้างเยื่อบุมดลูก - ถ้าตั้งครรภ์ ให้ผู้รับบริการหยุดรับประทานยา และอธิบายว่าปริมาณของฮอร์โมนที่อยู่ในยาเม็ดที่รับประทานเข้าไปก่อนหน้านี้มีปริมาณน้อยมาก ไม่เป็นอันตรายต่อทารกในครรภ์

อาการข้างเคียง	แนวทางการป้องกันแก้ไข
การเปลี่ยนแปลงความดันโลหิต ผู้รับบริการที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดนานหลายปี พบว่ามีแนวโน้มที่จะเกิดความดันโลหิตสูง	ผู้รับบริการที่มีความดันโลหิตสูง มีข้อแนะนำ ดังนี้ - เปลี่ยนไปใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตเจนขนาดต่ำๆ - หมั่นตรวจติดตามวัดความดันโลหิตอย่าง สม่ำเสมอ - ควบคุมและดูแลเรื่องอาหาร ออกกำลังกาย และการพักผ่อนลดความเครียด
น้ำหนักตัวเพิ่ม การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน ทำให้เกิดการคั่งของน้ำ และไขมันใต้ผิวหนัง จึงมีแนวโน้มน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และฮอร์โมนโปรเจสโตเจนที่มีฤทธิ์ฮอร์โมนเพศชาย ทำให้อยากรับประทานอาหารมากขึ้น	การป้องกันและแก้ไขทำได้ ดังนี้ - ควบคุมและดูแลเรื่องอาหาร และออกกำลังกาย - เปลี่ยนไปใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีเอสโตเจนขนาดต่ำๆ และโปรเจสโตเจนที่มีฤทธิ์ที่ไม่มีผลต่อการคั่งของน้ำ
ความรู้สึกทางเพศเปลี่ยนแปลง ยาเม็ดคุมกำเนิดไม่มีผลให้มีความเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ความรู้สึกทางเพศ อย่างไรก็ตามผู้รับบริการบางรายอาจมีความรู้สึกทางเพศลดลง เพราะระดับฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนลดลง ในขณะที่สตรีบางรายมีผลทางอ้อมต่อสภาพจิตใจ เพราะไม่มีความกังวลต่อการมีบุตร ทำให้มีความรู้สึกทางเพศเพิ่มขึ้น	ผู้รับบริการบางรายมีความรู้สึกทางเพศลดลง หรือ เพิ่มขึ้น ควรอธิบายให้เข้าใจว่าไม่ได้มีผลมาจากการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด
อารมณ์เปลี่ยนแปลง ผู้รับบริการบางรายที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดอาจได้รับผลจากโปรเจสโตเจนหรือเอสโตรเจน ทำให้ได้เกิดอาการซึมเศร้า วิตกกังวล	ข้อแนะนำ คือ - หากมีอาการมากควรหยุดรับประทานฮอร์โมนยาคุมกำเนิด - แนะนำให้ผู้รับบริการไปปรึกษาจิตแพทย์

อาการข้างเคียง	แนวทางการป้องกันแก้ไข
อาการอาเจียนท้องเสียรุนแรง ขณะใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด	**อาเจียนด้วยเหตุผลใดก็ตามภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานยาเม็ดที่มีฮอร์โมน** - ควรรับประทานยาเม็ดที่มีฮอร์โมนซ้ำอีก **อาเจียนอย่างรุนแรง หรือ ท้องเสียเป็นเวลานานกว่า 24 ชั่วโมง** - ควรรับประทานยาเม็ดที่มีฮอร์โมนต่อไป (หากทำได้) แม้ว่าจะรู้สึกไม่สบาย - หากอาการอาเจียนอย่างรุนแรง หรือท้องเสียต่อเนื่องตั้งแต่ 2 วันขึ้นไป ควรรับประทานยาตามคำแนะนำ สำหรับผู้ที่ลืมรับประทานยา ใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นเสริมจนกว่าจะหายอาเจียนหรือท้องเสีย

อาการที่ต้องพบแพทย์

กรณีที่กินยาคุมกำเนิดมาระยะหนึ่งแล้วสงสัยว่าจะตั้งครรภ์ควรไปพบแพทย์ หรือหากมีอาการต่อไปนี้ ควรรีบปรึกษาแพทย์[6]

1. ปวดศีรษะมาก รุนแรง ซึ่งอาจเป็นเรื่องความดันโลหิตสูง เส้นเลือดในสมองแตก หรือไมเกรนก็ได้
2. ปวดท้องรุนแรง อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดของลำไส้
3. ตาพร่า ตามัว เห็นภาพผิดปกติ อาจเกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดในตา
4. เจ็บหน้าอกมาก อาจเกิดจากหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน
5. ปวดน่องอย่างรุนแรง เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดบริเวณนั้น
6. อาการตาเหลือง เกิดจากตับอักเสบ

การนัดติดตามผู้รับบริการ ยาเม็ดคุมกำเนิด[5]

คำแนะนำต่อไปนี้ บอกถึงความถี่ของการติดตามเพื่อให้เกิดความปลอดภัย และประสิทธิผลของการใช้วิธีคุมกำเนิด เป็นการพูดถึงสถานการณ์โดยทั่วไป ซึ่งอาจเปลี่ยนไปตามความแตกต่างของผู้รับบริการและบริบทอื่นๆ เช่น ผู้รับบริการที่มีลักษณะเฉพาะทางการแพทย์ อาจต้องมีการติดตามถี่มากขึ้น

- ควรติดตามเมื่อครบ 2 เดือนหลังการรับบริการครั้งแรก
- ควรมีการติดตามทุกปี
- แนะนำให้ผู้รับบริการกลับมาสอบถามเกี่ยวกับอาการข้างเคียง หรือปัญหาอื่นๆ หรือต้องการเปลี่ยนวิธีเมื่อใดก็ได้ตามต้องการ

สรุป

ยาเม็ดคุมกำเนิด เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ผลข้างเคียงน้อย สะดวกใช้ แต่ก็มีข้อห้ามบางอย่างในการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ดังนั้น ก่อนจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิดโดยเฉพาะในผู้รับบริการรายใหม่ เจ้าหน้าที่จึงควรมีการคัดกรองและให้คำปรึกษาแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งการนัดติดตามผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประทานยาอย่างถูกต้องสม่ำเสมอ และได้รับการดูแลรักษาในกรณีที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. Programme for Appropriate Technology in Health. Contraceptive methods in focus : IUDs, implants, and oral contraceptives. Outlook 2004; 21 (1).
2. นภาพร ชโยวรรณ, ชเนตตี มิลินทรางกูร, บุศริน บางแก้ว, ปรียา รุ่งโสภาสกุล, มาลินี วงษ์สิทธิ์, รักชนก คชานุบาล. ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
3. ดำรง เหรียญประยูร. ยาเม็ดคุมกำเนิด. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543:70-106.
4. Hatcher RA, Rinchart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. The essentials of contraceptive technology. Baltimore : Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Population Information Program, 2003.
5. WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2004.
6. Terki F., Malhotra U. Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services, 3rd ed. London : International Planned Parenthood Federation, 2004.
7. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva : World Health Organization, Reproductive Health and Research, 2004.

บทที่ 5

ยาฉีดคุมกำเนิด
(Injectable Contraception)

ชลิดา เกษประดิษฐ์
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

ชนิดของยาฉีดคุมกำเนิด

กลไกการคุมกำเนิด

การใช้ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด DMPA

ข้อห้ามใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

อาการข้างเคียงและอาการที่ต้องกลับไปพบแพทย์

ผลดีของการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

การกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด

การนัดติดตาม ข้อแนะนำในการให้บริการ

สรุป

เอกสารอ้างอิง



บทที่ 5

ยาฉีดคุมกำเนิด
(Injectable Contraception)

ชลิดา เกษประดิษฐ์
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่มีบุตรแล้วและต้องการเว้นช่วงการมีบุตร จากรายงานสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทย พ.ศ. 2546 พบว่าสตรีสมรสอายุ 15-49 ปี กำลังใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดต่าง ๆ รวมกันร้อยละ 77.8 โดยยาฉีดคุมกำเนิดเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมเป็นอันดับ 3 (ร้อยละ 17.5) รองจากยาเม็ดคุมกำเนิด (ร้อยละ 36.5) และหมันหญิง (ร้อยละ 33.9)[1]

ชนิดของยาฉีดคุมกำเนิด[2]

ยาฉีดคุมกำเนิด เป็นฮอร์โมนสังเคราะห์มี 2 ชนิดคือ

1. ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ประกอบด้วย ฮอร์โมนเอสโตรเจน และโปรเจสโตเจน ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดนี้จะใช้คุมกำเนิดได้นาน 1 เดือน มีองค์ประกอบของฮอร์โมนต่างกัน เช่น estradiol cypionate 5 mg. ร่วมกับ depomedroxy progesterone acetate (DMPA) 25 mg. เช่น Lunelle, Cyclofem ®, Cyclo-provera ®, และ estradiol valerate 5 mg. ร่วมกับ norethisterone enanthate (NET - EN) 50 mg. เป็นต้น แต่ไม่ค่อยได้รับความนิยม เพราะต้องฉีดบ่อยทุกเดือน

2. ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว แบ่งเป็น

2.1 Norethisterone enanthate เป็นอนุพันธ์ของ 19-nortestosterone ขนาด 200 มิลลิกรัม ละลายในน้ำมัน บรรจุในหลอดขนาด 1 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อใช้คุมกำเนิดได้นาน 2 เดือน เดิมยาฉีดคุมกำเนิดชนิดนี้เคยใช้อยู่ในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติ แต่ไม่ได้รับความนิยม

2.2 Depot medroxy progesterone acetate (DMPA) เป็นอนุพันธ์สังเคราะห์ของ 17-hydroxy progesterone มีลักษณะเป็นเกล็ดสีขาวขนาดเล็ก ละลายตกตะกอน ขนาด 150 มิลลิกรัม บรรจุในขวดขนาด 3 มิลลิลิตร ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก ยาจะดูดซึมช้าๆ เข้ากระแสเลือด ใช้คุมกำเนิดได้นาน 3 เดือน

กลไกการคุมกำเนิด[2, 3]

1. ฮอร์โมนจากยาฉีดคุมกำเนิดจะทำให้ไม่มีไข่ตกในแต่ละเดือน ดังนั้น การฉีดยาคุมกำเนิดเพื่อยับยั้งการตกไข่ควรฉีดยาภายใน 5-7 วันแรกของรอบประจำเดือน การฉีดยาภายหลังวันที่ 7 ของรอบประจำเดือน จะไม่สามารถยับยั้งการตกไข่ได้ทั้งหมด ทำให้การคุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควรและมีอัตราการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นในรอบการตกไข่ครั้งแรก หลังฉีดยา

2. ฮอร์โมนจากยาฉีดทำให้มูกที่ปากมดลูกข้นขึ้นตัวอสุจิไม่สามารถผ่านได้ และ DMPA จะไม่มีอันตรายต่อการตั้งครรภ์ของสตรี

3. ในระยะแรกที่ได้รับยาฉีดคุมกำเนิด เยื่อบุโพรงมดลูกจะมีลักษณะเปลี่ยนไป ทำให้อยู่ในภาวะไม่เหมาะสมต่อการฝังตัวของไข่ที่ผสมแล้ว หลังจากนั้นประมาณ 20 วัน เยื่อบุโพรงมดลูกจะฝ่อตัว ซึ่ง NET-EN จะมีผลต่อการทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกฝ่อตัวน้อยกว่า DMPA

4. ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA มีผลต่อเซลล์ในเยื่อบุของท่อนำไข่ โดยมีการเปลี่ยนแปลงให้ไม่เหมาะสมต่อการผสมและการแบ่งตัวในระยะแรกของไข่ที่ได้รับการผสมแล้ว นอกจากนี้การเคลื่อนไหวของท่อนำไข่จะช้าลง

การใช้ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด DMPA

- การใช้ยาฉีดคุมกำเนิด ควรฉีดยาเข็มแรกภายใน 5-7 วันของรอบประจำเดือน ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาฉีดภายหลังวันที่ 7 ของรอบประจำเดือน ควรงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยไปอีก 7 วันหลังจากฉีดยา
- ถ้าสตรีนั้นมีประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ หรือจำประจำเดือนไม่ได้ หรือหลังคลอด 6 เดือนแล้วประจำเดือนยังไม่มา แต่ต้องการคุมกำเนิดชนิดฉีด ควรตรวจว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่ ถ้าไม่มีการตั้งครรภ์ก็สามารถรับการฉีดยาได้ โดยต้องงดการมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ถุงยางอนามัยไปอีก 7 วันหลังจากฉีดยาคุมกำเนิดแล้ว มารดาหลังคลอดน้อยกว่า 6 เดือนให้นมบุตรและยังไม่มีประจำเดือน สามารถใช้ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดนี้ได้เลย แต่ถ้ามีประจำเดือนแล้วควรเริ่มเข็มแรกไม่เกิน 7 วันของรอบประจำเดือน
- สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนอยู่ เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด หรือห่วงอนามัยชนิดที่มีฮอร์โมน สามารถเปลี่ยนมาใช้ยาฉีดคุมกำเนิดได้ทันที โดยไม่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดอื่นอีก 7 วัน
- สตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่ใช่ฮอร์โมน เช่น ห่วงอนามัย หรือถุงยางอนามัย สามารถเปลี่ยนมาใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดฉีดได้ ถ้าแน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์และอยู่ในช่วง 7 วันของรอบประจำเดือนและสามารถถอดห่วงได้ในช่วงนั้น ถ้าเกินวันที่ 7 ของรอบประจำเดือนก็ฉีดยาได้ โดยต้องงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยไปอีก 7 วันหลังจากฉีดยาแล้ว และสามารถถอดห่วงได้ในรอบประจำเดือนถัดไป
- สตรีที่ไม่มีประจำเดือนหรือประจำเดือนไม่ปกติ ควรได้รับคำแนะนำถึงอาการข้างเคียงของการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด
- สตรีหลังแท้งควรฉีดยาภายใน 7 วันหลังแท้ง

เทคนิคในการฉีดยา [4]

ในการฉีดยาต้องแน่ใจว่าจำนวนยาเต็มปริมาตร มีการดูดซึมที่ดีจึงจะได้ผล

- ยาฉีดชนิด DMPA ต้องเอียงขวดไปมาให้สารตกตะกอนกระจายทั่วถึงอย่างช้าๆ ถ้าเขย่ารุนแรงอาจทำให้เป็นฟองและยากต่อการดูดยาเข้าไปในหลอดได้เต็มจำนวน
- การฉีดยาควรฉีดเข้ากล้ามเนื้อสะโพก เพื่อให้มีการดูดซึมอย่างช้า ๆ และแนะนำผู้รับบริการว่าไม่ควรคลึงบริเวณที่ฉีด เพราะจะทำให้ยามีการดูดซึมเร็วขึ้น ทำให้ยาหมดฤทธิ์เร็วกว่ากำหนด

ข้อห้ามใช้ยาฉีดคุมกำเนิด [4, 5]

ข้อห้ามโดยเด็ดขาด (absolute contraindication) หรือ WHO eligibility criteria category 4

1. มะเร็งเต้านม
2. เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดที่ยังไม่ทราบสาเหตุ

ข้อห้ามเชิงสัมพันธ์ (relative contraindication) หรือ WHO eligibility criteria category 3

1. มารดาหลังคลอดใหม่ไม่ถึง 6 สัปดาห์ ที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ยังไม่ควรฉีดยาคุมกำเนิดในช่วงนี้ แม้ว่าจะยังไม่มีรายงานผลเสียของยาฉีดคุมกำเนิดต่อการหลั่งน้ำนม หรือการเจริญเติบโตของทารก
2. ความดันโลหิตสูงกว่า 160/100 มม.ปรอท และมีโรคของหลอดเลือด
3. โรคเส้นเลือดอุดตัน
4. โรคหัวใจขาดเลือด
5. เป็น migraine ที่มี aura
6. เคยเป็นมะเร็งเต้านมเกินกว่า 5 ปี
7. เบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ หรือมีโรคไต โรคเส้นเลือด
8. กำลังเป็นโรคตับอักเสบ หรือโรคตับแข็ง
9. เนื้องอกหรือมะเร็งตับ

อาการข้างเคียงและอาการที่ต้องกลับไปพบแพทย์ [2, 3, 6]

อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นเมื่อใช้ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด DMPA

1. ประจำเดือนกะปริดกะปรอย มักจะเกิดในเข็มแรกๆ ซึ่งไม่เป็นอันตรายใดๆ หลังจากฉีดยาเข็มที่ 2-3 ประจำเดือนกะปริดกะปรอยจะน้อยลง และจะขาดประจำเดือนมากขึ้น แต่ถ้ามีประจำเดือนกะปริดกะปรอยนานเกินไป หรือเกิดขึ้นหลังจากไม่มีประจำเดือนมานาน ควรหาสาเหตุทางนรีเวช เพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อ แต่ถ้าไม่มีโรคทางนรีเวชและยังมีประจำเดือนกะปริดกะปรอยอยู่ ควรเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิด

2. มีประจำเดือนมากหรือมีนานกว่า 8 วัน หรือมีเป็นสองเท่าของประจำเดือนปกติพบได้น้อย ให้คำแนะนำว่าจะเป็นในช่วงเข็มแรก แต่ถ้ามีนานเกินไป ควรหาสาเหตุทางนรีเวช เพื่อให้การรักษาหรือส่งต่อ แต่ถ้าไม่มีโรคทางนรีเวชและยังมีประจำเดือนมากอยู่ ควรเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิด

3. ไม่มีประจำเดือน ซึ่งควรให้คำปรึกษากับผู้รับบริการว่าไม่มีอันตรายใดๆ เลือดประจำเดือนไม่ใช่ของเสีย การไม่มีประจำเดือนทำให้ไม่สูญเสียเลือด ซึ่งถ้าไม่ยอมรับ ควรเปลี่ยนวิธีอื่น

4. น้ำหนักตัว อาจขึ้นได้ 1-2 กิโลกรัม ใน 1 ปี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ถ้าน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมาก ควรหาสาเหตุอื่นด้วย

การป้องกันและการแก้ไขอาการข้างเคียง

การมีประจำเดือนผิดปกติเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้จากการใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว **จึงควรให้คำปรึกษาให้เข้าใจก่อนการให้บริการ** เพื่อลดความวิตกกังวลและทำให้มีการใช้ยาฉีดคุมกำเนิดอย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้รับบริการไม่ทราบอาการข้างเคียงก่อนฉีดยา และเมื่อมีอาการข้างเคียงเกิดขึ้น จะตื่นตระหนก และไม่ยอมฉีดยาต่อ วิธีรักษาความผิดปกติของประจำเดือนนี้อาจให้ฮอร์โมนเอสโตรเจนได้ในระยะสั้น หรือให้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมไป 1 แผง

หมายเหตุ : มีการศึกษาพบว่าในสตรีที่ฉีดยาคุมกำเนิด DMPA นาน 5 ปี ขึ้นไป จะมีความหนาแน่นของมวลกระดูก (bone mineral density) ลดลง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่ฉีดยาคุมกำเนิดนานกว่า 15 ปี หรือเริ่มฉีดตั้งแต่ก่อนอายุ 20 ปี[5] แต่เมื่อหยุดใช้ยาฉีดยา DMPA ความหนาแน่นของมวลกระดูกจะกลับคืนมายังไม่เป็นที่ทราบแน่ว่าการฉีด DMPA นานๆ จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของกระดูกพรุนหรือไม่ อย่างไรก็ตามมีข้อแนะนำให้สตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA รับประทานแคลเซียมอย่างเพียงพอจากอาหาร หรือเพื่อสร้างเสริมกระดูก โดยสตรีอายุ 25 ปี ขึ้นไป ควรรับประทานแคลเซียม 1000 มิลลิกรัม และวัยรุ่นควรรับประทาน 1200 มิลลิกรัมต่อวัน [5]

ผลดีของการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

- มีประสิทธิภาพสูง
- มีความเป็นส่วนตัว ถ้าไม่บอกก็จะไม่มีใครทราบว่าใช้ยาฉีดคุมกำเนิด
- สามารถคุมกำเนิดได้นานถึง 3 เดือน
- ไม่มีผลกับการมีเพศสัมพันธ์ อาจจะทำให้ดีขึ้น เพราะไม่ต้องกังวลว่าจะตั้งครรภ์
- ไม่ต้องรับประทานยาคุมกำเนิดทุกวัน
- สามารถเลื่อนการนัดได้ไม่เกิน 2 สัปดาห์
- ใช้ได้ในทุกกลุ่มอายุ
- สามารถใช้ได้ในแม่ที่ให้นมบุตร โดยคุณภาพน้ำนมไม่มีการเปลี่ยนแปลง
- ไม่มีอาการข้างเคียงของเอสโตรเจน
- ป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูก มะเร็งรังไข่ เนื้องอกในมดลูก
- ไม่เกิดโรคโลหิตจาง เพราะส่วนใหญ่ผู้รับบริการยาฉีดคุมกำเนิดนานๆ มักไม่มีประจำเดือน

การกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์

สตรีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA เมื่อต้องการมีบุตร หลังจากหยุดยาแล้วจะใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะมีการตั้งครรภ์ เฉลี่ย 4 เดือน ถึงมีการตั้งครรภ์ ซึ่งช้ากว่าวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวชนิดอื่น [4, 6] การศึกษาในประเทศไทยพบว่าหลังจากฉีดยาเข็มสุดท้ายแล้วจะใช้เวลาเฉลี่ย 9 เดือน หรือประมาณ 5.5 เดือน หลังยาหมดฤทธิ์ถึงมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น[3, 4]

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด

ในสตรีที่คุมกำเนิดด้วยยาฉีด จะมีอัตราการตั้งครรภ์ 0.3 รายในสตรี 100 คน ที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอทุก 3 เดือนในเวลา 1 ปี อัตราการตั้งครรภ์จะสูงขึ้น เมื่อได้รับยาฉีดไม่ตรงเวลาหรือขาดหายไป [4, 6]

ประสิทธิภาพของยาฉีดคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ฉีดยาเข็มแรก และเทคนิคของการฉีดยา การศึกษาในประเทศไทยพบอัตราการตั้งครรภ์ 0.16 ในสตรี 100 คน เมื่อมีการฉีดยาเข็มแรกใน 8 วันแรกของรอบประจำเดือน และพบอัตราการตั้งครรภ์ 0.62 รายในสตรี 100 คนที่ฉีดยาเข็มแรกหลังวันที่ 8 ขนาดของยาควรเต็มจำนวนที่กำหนดและระยะเวลาฉีดไม่ควรช้าเกินไป ยาฉีดชนิด 3 เดือนไม่ควรเกินกำหนด 2 สัปดาห์ และชนิด 1 เดือนไม่ควรเกินกำหนด 5 วัน นอกเหนือจากนี้ต้องแน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์จึงจะฉีดเข็มต่อไปได้ [4]

ข้อแนะนำในการให้บริการ [4]

ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้รับบริการโดยสม่ำเสมอ โดยผ่านสื่อต่างๆ ให้สุขศึกษากับผู้รับบริการและการให้คำปรึกษา

- ให้ข้อมูลทางเลือกกับผู้รับบริการ ผู้ให้บริการควรให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการถึงอาการที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อได้รับบริการแต่ละวิธี และเมื่อรับบริการยาฉีดจะมีอาการแตกต่างจากวิธีอื่นอย่างไร
- ควรมีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการโดยผ่านทางสื่อประชาสัมพันธ์และการให้คำปรึกษา
- ควรมีวัสดุอุปกรณ์ที่เพียงพอต่อการให้บริการ ซึ่งควรมียาฉีดคุมกำเนิดสำรองไว้อย่างน้อย 6 เดือน
- การใช้เข็มและหลอดบรรจุยาที่ปราศจากเชื้อเท่านั้น
- ควรพิจารณาถึงการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

การนัดติดตาม

การใช้ยาฉีดคุมกำเนิดฮอร์โมนรวมควรนัดฉีดยาครั้งต่อไปอีก 4 สัปดาห์ ซึ่งไม่ควรผิดนัดเกิน 7 วัน เพราะจะมีผลต่อประจำเดือน ถ้าเกิน 7 วัน ควรงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยต่อไปอีก 7 วัน หรือใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน

ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดโปรเจสโตเจนอย่างเดียว DMPA ควรนัดทุก 12 สัปดาห์ ไม่ให้ตรงกับวันหยุดทำการ และไม่ควรผิดนัดเกิน 2 สัปดาห์ [6] ถ้าเกินกว่านี้และเพื่อให้แน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์ต้องงดการมีเพศสัมพันธ์หรือใช้ถุงยางอนามัยไปอีก 7 วันหลังจากฉีดยาคุมกำเนิดแล้ว หรือใช้ยาคุมกำเนิดชนิดฉุกเฉินถ้าจำเป็น

สรุป

ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวที่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่แต่งงานแล้ว และต้องการเว้นช่วงการมีบุตร ยาฉีดคุมกำเนิดเป็นฮอร์โมนสังเคราะห์มี 2 ชนิดคือยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ประกอบด้วยฮอร์โมนเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจน ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดนี้จะใช้คุมกำเนิดได้นาน 1 เดือน ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว ฉีดเข้ากล้ามเนื้อใช้คุมกำเนิดได้นาน 3 เดือน

การฉีดยาควรฉีดให้ถูกเทคนิค การนัดฉีดยาคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดสูง การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้รับบริการสบายใจ และคงใช้ยาฉีดคุมกำเนิดอยู่นานตราบเท่าที่ต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร ชโยวรรณ, ชเนตตี มิลินทรางกูร, บุศริน บางแก้ว, ปรียา รุ่งโสภาสกุล, มาลินี วงษ์สิทธิ์, รักชนก คชานุบาล. ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
2. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
3. สุวชัย อินทรประเสริฐ, ฤดี ศิริมงคลเกษม. ยาฉีดคุมกำเนิด.ใน :สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535: 281-307.
4. Lande RE. New era for injectables. Population Reports, Series K, No 5, Baltimore, Johns Hopkins School of Public Health, Population Information Program, August 1995.
5. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva : World Health Organization, 2004 .
6. Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Geller JS, Shelton JD. The essentials of contraceptive tecnology. Baltimore : The Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, 2003.

บทที่ 6

ยาฝังคุมกำเนิด
(Implants)

นงลักษณ์ บุญไทย
จิตติมา มโนทัย

บทที่ 6

ยาฝังคุมกำเนิด
(Implants)

นงลักษณ์ บุญไทย
จิตติมา มโนนัย

คำนำ

ยาฝังคุมกำเนิด เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวสำหรับผู้หญิง โดยการฝังหลอดยาที่บรรจุฮอร์โมนสังเคราะห์โปรเจสโตรเจนเข้าไปใต้ผิวหนัง หลังฝังยาฮอร์โมนจะค่อยๆ กระจายเข้าสู่กระแสเลือดในอัตราที่ค่อนข้างคงที่ ออกฤทธิ์เร็วและมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูงถึงร้อยละ 99 [1-3] และสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 1-5 ปี ขึ้นอยู่กับชนิดและรูปแบบของยา จึงสะดวกสบายสำหรับผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดระยะยาวและสามารถกลับเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้ทันทีหลังถอดยาฝังคุมกำเนิดออก ยาฝังคุมกำเนิดชนิดบรรจุฮอร์โมน levonorgestrel (LNG) เป็นชนิดที่ใช้ได้ผลดี เป็นที่นิยมใช้มาเป็นเวลานาน คือ Norplant ® ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นใช้ครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2517 โดยสภาประชากร (Population Council) ใช้แพร่หลายในหลายประเทศทั่วโลก และมีพัฒนาการเรื่อยมาจากยาฝังชนิด 6 หลอด เป็น 2 หลอด และหลอดเดียว ประเทศไทยได้นำยาฝังคุมกำเนิดมาใช้ในโครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2529 จนถึงปัจจุบัน [1]

ชนิดของยาฝังคุมกำเนิด

ยาฝังคุมกำเนิดมี 2 ชนิด

1. ชนิดสลายตัว (biodegradable) เมื่อฝังหลอดบรรจุยาเข้าไปในร่างกายแล้ว ฮอร์โมนจะกระจายสู่กระแสเลือด และหลอดยาจะค่อยๆ สลายตัวไปเมื่อครบอายุการใช้งาน โดยไม่ต้องเอาออก ปัจจุบันกำลังอยู่ระหว่างการศึกษาวิจัย [1]

2. ชนิดไม่สลายตัว (non-biodegradable) ฮอร์โมนที่บรรจุอยู่ในหลอดบรรจุยา (capsule) ซึ่งไม่มีส่วนประกอบของสเตียรอยด์คริสตัล (free steroid crystals) หรือแท่ง (rod) ซึ่งมีส่วนผสมระหว่างสเตียรอยด์คริสตัลและสารโพลีเมอร์ (steroid crystals and polymer) เมื่อฝังเข้าไปในร่างกายจะกระจายเข้าสู่กระแสเลือดเหมือนชนิดสลายตัว แต่เมื่อครบอายุการใช้งานแล้วจะต้องถอดหลอดยาออกจากร่างกาย[1] ปัจจุบันมีใช้ 3 แบบ คือ

- ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 6 หลอด ชื่อการค้า Norplant ® ประกอบด้วยหลอด silastic ขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 2.4 มิลลิเมตร ยาว 34 มิลลิเมตร บรรจุ LNG หลอดละ 36 มิลลิกรัม จำนวน 6 หลอด รวมฮอร์โมนทั้งหมด 216 มิลลิกรัม ภายหลังฝัง Norplant ® เพียง 2 ชั่วโมง LNG ก็เข้าสู่กระแสเลือดและเพิ่มระดับฮอร์โมนสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว แล้วค่อยๆ ลดลงภายในหนึ่งเดือน และจะอยู่ในระดับคงที่เมื่อใช้นาน 5-7 ปี ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้รับบริการ ประสิทธิผลจะลดลงในผู้ที่มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และภายหลังถอดยาฝังออก LNG จะหมดไปภายใน 1 สัปดาห์[1-3]
- ยาฝังคุมกำเนิด ชนิด 2 แท่ง Norplant-2 รุ่นแรกบรรจุฮอร์โมน NG 70 ไมโครกรัม ในแท่ง silastic ขนาดกว้าง 2.4 มิลลิเมตร ยาว 44 มิลลิเมตร ในระยะ 3 ปีแรก หลังฝังยา Norplant-2 พบว่า การกระจายของฮอร์โมน ประสิทธิภาพการคุมกำเนิด และอาการข้างเคียงไม่แตกต่างจาก Norplant ® แต่ในปีที่ 4 พบอัตราการตั้งครรภ์ เพิ่มขึ้น จึงแนะนำให้ใช้เพียง 3 ปี ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 2 แท่ง รุ่นใหม่มีชื่อการค้าว่า Jadelle ® ใช้ได้นาน 5 ปี มีขนาดของหลอดยากว้างกว่าแต่สั้นกว่า Norplant-2 รุ่นแรกเล็กน้อย (กว้าง 2.5 มิลลิเมตร ยาว 43 มิลลิเมตร) บรรจุฮอร์โมน LNG แท่งละ 75 ไมโครกรัม หลังฝังยามีการกระจายของฮอร์โมนในช่วงแรกๆ สูงกว่า Norplant-2 รุ่นแรก และไม่พบการตั้งครรภ์ในปีที่ 4 ของการฝังยา [1-3]
- ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 1 แท่ง ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะชนิดที่มีใช้ในประเทศไทยมีชื่อการค้าว่า อีโตแพลน (Etoplan®) หรืออิมพลานอน (Implanon®) มีลักษณะหลอดสีขาว ขนาดยาว 40 มิลลิเมตร เส้นผ่าศูนย์กลาง 2 มิลลิเมตร ประกอบด้วยฮอร์โมนสังเคราะห์โปรเจสโตเจน ชื่อ อีโทโนเจสตรีล (etonogestrel หรือ ETG) 68 มิลลิกรัม บรรจุในหลอดสีขาว และอุปกรณ์การฝังยาสำหรับใช้ครั้งเดียวที่ทำด้วย acrylonitrile-butadiene-styrene พร้อมกับเข็มฝังยาและปลอกหุ้มเข็มฝังยา โดยไม่ต้องใช้ trocar ทั้งหมดบรรจุอยู่ในซองใส่ที่ทำให้ปราศจากเชื้อโรค สะดวกและใช้เวลาน้อยในการฝังและถอด และลดปัญหาการติดเชื้อ สามารถระงับการตกไข่ได้ดี แต่ไม่รบกวนหรือยับยั้งการทำงานส่วนอื่นๆ ของรังไข่ สามารถยับยั้งการตกไข่ได้ภายใน 1 วัน และออกฤทธิ์นานถึง 3 ปี ภายหลังฝังยา อัตราการตั้งครรภ์ (Pearl index) ในปีที่ 3 มีค่าเท่ากับศูนย์ หลังถอดแท่งยาออกจะมีภาวะการตกไข่เกิดขึ้นภายใน 3 สัปดาห์ จึงสามารถตั้งครรภ์ได้ตามปกติ [1-5]

กลไกการคุมกำเนิด

ยาฝังคุมกำเนิดออกฤทธิ์ในการคุมกำเนิดโดย [1-5]

1. ยับยั้งการตกไข่ โดยสามารถระงับการตกไข่ได้ภายหลังฝังยา 24 ชั่วโมง
2. ทำให้มูกบริเวณปากมดลูกเหนียวข้น ซึ่งเป็นผลให้เชื้ออสุจิผ่านเข้าไปในโพรงมดลูกได้ยาก
3. ทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกบางลง ไม่เหมาะสมที่ไข่ที่ถูกผสมแล้วจะมาฝังตัว (nonfunctioning) และถ้าใช้นานๆ เยื่อบุโพรงมดลูกอาจฝ่อ (atrophic) ได้ เช่นเดียวกับการใช้ยาฉีดคุมกำเนิด

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิด[1-5]

ยาฝังคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดสูง อัตราการตั้งครรภ์ (Pearl index) ของ Norplant ® ต่ำ และไม่แตกต่างจากการทำหมันหญิง และผลการศึกษาต่างๆ พบว่า ผู้ที่ใช้ Jadelle ® ในระยะ 3 ปี ไม่มีการตั้งครรภ์ และอัตราการตั้งครรภ์ในปีที่ 3 ของการใช้ Implanon ® เท่ากับศูนย์เช่นกัน

การกลับเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ภายหลังการหยุดใช้ [1-5]

หลังถอดยาฝังคุมกำเนิด ภาวะเจริญพันธุ์จะกลับเข้าสู่ปกติได้อย่างรวดเร็ว เนื่องจากมีฮอร์โมนกระจายอยู่ในร่างกายน้อยและไม่มีการสะสม

ข้อห้ามในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด [1-5]

ข้อห้ามในการใช้ยาฝังคุมกำเนิดเหมือนการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนอื่นๆ แต่เนื่องจากไม่มีเอสโตรเจนประกอบอยู่ด้วย ซึ่งมีข้อห้ามใช้น้อยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิด ได้แก่

ข้อห้ามโดยเด็ดขาด (absolute contraindication) หรือ WHO eligibility criteria category 4[6]

1) ตั้งครรภ์หรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์
2) เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอดโดยไม่ทราบสาเหตุ
3) สงสัยหรือเป็นมะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์รวมทั้งเต้านม
4) มะเร็งเต้านม
5) มีข้อห้ามในการใช้โปรเจสโตเจน หรือมีเนื้องอกที่สัมพันธ์กับการใช้โปรเจสโตเจน
6) มีปฏิกิริยาไวต่อส่วนประกอบของแท่งหรือหลอดบรรจุฮอร์โมน

ข้อควรระมัดระวัง หรือ WHO eligibility criteria category 3[6]

1) เคยเป็นโรคหัวใจ เช่น myocardial infarction และโรคหลอดเลือด เช่น deep vein thrombosis
2) เป็นสิวอย่างรุนแรง
3) ความดันโลหิตสูงในระดับที่ควบคุมไม่ได้
4) เบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้
5) กำลังเป็นตับอักเสบ หรือโรคตับแข็ง

6) เนื้องอก หรือมะเร็งตับ

7) เป็น migraine ที่มี aura

8) อาการซึมเศร้ารุนแรง (ยาที่ใช้รักษาอาจจะมีปฏิกริยากับยาฝังคุมกำเนิด)

9) สตรีที่รับการฝังยาคุมกำเนิด ควรใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยระหว่างที่มีการใช้ยาที่มีปฏิกิริยากับยาฝังคุมกำเนิด (drug interaction) และหลังการใช้ยาอีก 7 วัน ได้แก่ ยาที่มีคุณสมบัติกระตุ้นเอนไซม์ของตับ ยาปฏิชีวนะ และยาบางอย่าง เช่น hydantoins, carbamazepine, barbiturate, griseofulvin, antibiotics และ rifampicin เป็นต้น และควรใช้ถุงยางอนามัยต่ออีก 28 วันหลังหยุดใช้ยา rifampicin และหากจำเป็นต้องรับการรักษาด้วยยาที่มีคุณสมบัติกระตุ้นเอนไซม์ของตับดังกล่าวข้างต้นเป็นเวลานาน ควรถอดยาฝังออกและคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช้ฮอร์โมน

อาการข้างเคียงและอาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์[1-6]

อาการข้างเคียง

ผู้ที่ฝังยาคุมกำเนิด อาจจะมีเลือดออกทางช่องคลอดคล้ายยาฉีดคุมกำเนิด ได้แก่ อาการผิดปกติของเลือดประจำเดือน (menstrual side effect) และอาการผิดปกติอื่นๆ (non-menstrual side-effect)

1. เลือดออกทางช่องคลอด เป็นอาการข้างเคียงจากการใช้ยาคุมกำเนิดที่มีแต่ฮอร์โมนโปรเจสโตเจน และเป็นอาการที่พบได้บ่อย ผู้ที่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดอาจจะมีเลือดออกทางช่องคลอดบ่อย โดยเฉพาะในเดือนแรกที่ฝังยา และเลือดที่ออกจะค่อยๆ น้อยลงเมื่อเวลาผ่านไป อาการผิดปกติของประจำเดือน แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่

1.1 ประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ มากหรือนานกว่าปกติ (irregular bleeding)

1.2 เลือดออกกะปริดกะปรอย (spotting)

1.3 ไม่มีประจำเดือน (amenorrhea)

2. อาการข้างเคียงอื่นๆ

2.1 อาการผิดปกติบริเวณที่ฝังยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ ปวด อักเสบ บวม ฟกช้ำ การหลุดหรือคลำพบหลอดยาฝังคุมกำเนิดบริเวณที่ฝังยา

2.2 อาการผิดปกติอื่นๆ เช่น

- ปวดศีรษะ
- น้ำหนักตัวเพิ่ม
- การเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิต
- สิว ผู้ฝังยาคุมกำเนิดอาจเป็นสิวได้ร้อยละ 3-22 และอาจมีอาการผิดปกติอื่นๆ ของผิวหนัง
- อาการอื่นๆ ที่พบได้น้อย เช่น การคัดตึงเต้านม แน่น อึดอัด คลื่นไส้ วิงเวียน และอารมณ์เปลี่ยนแปลง

อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรแนะนำให้ผู้รับบริการยาฝังคุมกำเนิดกลับมาพบแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เมื่อมีอาการดังต่อไปนี้

1. หลังฝังยาแล้วมีอาการปวด อักเสบ หรือมีก้อนเลือดหรือรอยฟกช้ำมากผิดปกติ
2. หลอดยาหลุด
3. ถ้ามีเลือดออกทางช่องคลอดมาก หรือนานผิดปกติ แนะนำให้มาตรวจหาความผิดปกติ ถ้าไม่พบ อาจพิจารณาให้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนสูง
4. วิตกกังวลมาก อาจจะพิจารณาให้ยาคลายความกังวล
5. ปวดศีรษะมากหรือปวดศีรษะไมเกรนร่วมกับมีอาการทางระบบสมอง เช่น ตามัว มองไม่เห็นเป็นช่วงๆ พูดไม่ชัด
6. หิวน้ำบ่อยและน้ำหนักตัวเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผล androgenic ของฮอร์โมน LNG หรือ ETG
7. เป็นสิวรุนแรงมาก
8. ปวดท้องน้อย ซึ่งต้องวินิจฉัยแยกโรค หาสาเหตุว่าเกิดจากการตั้งครรภ์นอกมดลูก ไส้ติ่งอักเสบ ถุงน้ำรังไข่ หรืออุ้งเชิงกรานอักเสบ

วิธีการใช้

ผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดโดยวิธีฝังยาคุมกำเนิด ต้องมารับการบริการจากผู้ให้บริการที่มีความรู้ในการฝังยาคุมกำเนิด ผู้ให้บริการควรมีความรู้ในการเลือกผู้รับบริการ การเตรียมผู้รับบริการ พร้อมทั้งการเตรียมเครื่องมือ วิธีการฝังและถอดยาฝังคุมกำเนิด

เวลาที่เหมาะสมสำหรับการฝังยาฝังคุมกำเนิด [3, 5]

1. ควรฝังยาฝังคุมกำเนิดระหว่างวันที่ 1-7 ของรอบประจำเดือน เพื่อจะได้แน่ใจว่าไม่ตั้งครรภ์
2. หลังคลอดบุตร
   2.1 ฝังยาฝังคุมกำเนิดในช่วงหลังคลอด 4 - 6 สัปดาห์ จะดีที่สุด
   2.2 อาจฝังยาฝังคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด ถ้ามีปัญหาการมารับบริการภายหลังจากการศึกษาไม่พบว่า Norplant ® และ Implanon ® มีผลกระทบต่อการหลั่งของน้ำนมหรือการเจริญเติบโตของทารก แต่ยังไม่มีรายงานถึงผลเสียของโปรเจสโตเจนที่ออกมาในน้ำนมต่อการพัฒนาของตับและสมองของทารก [6]

3. หลังแท้งบุตรขณะอายุครรภ์ 1-3 เดือน หรือในไตรมาสแรก ควรฝังยาฝังคุมกำเนิดทันทีและไม่จำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย หรืออาจฝังยาเมื่อมาตรวจหลังแท้ง 1-3 สัปดาห์ ก็ได้ถ้ายังไม่มีเพศสัมพันธ์มาตั้งแต่หลังแท้ง

4. กรณีเปลี่ยนวิธีคุมกำเนิดจากยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ควรฝังยาฝังคุมกำเนิดในวันถัดจากวันที่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดเม็ดที่มีฮอร์โมนเม็ดสุดท้าย (วันแรกของเม็ดแป้ง) หรืออย่างช้าที่สุดต้องไม่เกินวันสุดท้ายของเม็ดแป้ง แต่หากไม่สะดวกที่จะฝังยาตามกำหนดวันดังกล่าว สามารถฝังยาในช่วงที่ผู้รับบริการยังรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดอยู่ก็ได้ โดยแนะนำให้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดต่อจนหมดแผง

5. กรณีที่เปลี่ยนจากยาฉีดที่มีฮอร์โมนโปรเจสโตเจนอย่างเดียว ให้ฝังยาในวันที่ครบกำหนดฉีดยาคุมกำเนิดได้เลย หรือฝังยาก่อนวันครบกำหนดฉีดยาคุมกำเนิดเข็มต่อไปก็ได้

6. กรณีที่ผู้รับบริการฝังยาฝังคุมกำเนิดครบกำหนดที่ต้องถอดออก และต้องการฝังยาต่ออีกให้ฝังยาในวันที่ถอดยาฝังนั้นออกได้เลย

7. กรณีใส่ห่วงอนามัย สามารถฝังยาฝังคุมกำเนิดในวันที่ 1-7 ของรอบประจำเดือนแล้วถอดห่วงออกได้เลย หรือฝังยาวันใดก็ได้และถอดห่วงออก แต่แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 7 วันแรกหลังฝังยา

การเลือกผู้รับบริการ [3]

1. สตรีที่ต้องการคุมกำเนิดระยะยาว 3 ปี ขึ้นไป
2. มีข้อห้ามใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน
3. ไม่มีข้อห้ามในการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

การเตรียมผู้รับบริการ [7]

1. ก่อนที่จะให้บริการยาฝังคุมกำเนิด ผู้ให้บริการควรอธิบายเรื่องการออกฤทธิ์ของยาฝังคุมกำเนิด ข้อดี ข้อเสีย และอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้น เพื่อให้ผู้รับบริการเข้าใจและยอมรับก่อน ซึ่งจะช่วยให้อัตรการคงใช้สูง ผู้รับบริการจะไม่ถอดยาออกก่อนกำหนด
2. ควรตรวจเต้านม ตรวจภายใน และการตั้งครรภ์ก่อนการฝังยาฝังคุมกำเนิด
3. ควรให้คำแนะนำเรื่องการมาตรวจตามนัด โดยนัดตรวจหลังฝังยา 3 เดือน และนัดทุกๆ 1 ปี แนะนำเรื่องอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ และเวลาที่ต้องถอดยาฝังออก

การเตรียมตัวของผู้ให้บริการ [7]

ผู้ให้บริการยาฝังคุมกำเนิดต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการให้คำปรึกษา การใส่และถอดยาฝังคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง เทคนิคการทำให้ปราศจากเชื้อ การเตรียมเครื่องมือ ความรู้เกี่ยวกับกลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ ข้อบ่งใช้ ข้อห้าม อาการข้างเคียงต่างๆ รวมทั้งการตรวจติดตาม การป้องกันและการดูแลรักษาอาการข้างเคียงอย่างเหมาะสม

การเตรียมเครื่องมือเครื่องใช้บริการ [7]

เครื่องมือเครื่องใช้ในการฝังยาฝังคุมกำเนิด ประกอบด้วย

1. เตียงนอนที่มีที่วางแขน หรือมีโต๊ะติดเตียงไว้วางแขน

2. ผ้าปราศจากเชื้อ
3. ถาดสำหรับวางเครื่องมือ
4. ถุงมือปราศจากเชื้อ
5. น้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Betadine®, 0.5 % hibitane, merthiolate
6. 1% Xylocaine® หรือ lidocaine
7. หลอดฉีดยาและเข็มฉีดยายาว 4 - 4.5 ซม.
8. มีดปลายแหลม
9. trocar ซึ่งมีรอยบาก 2 แห่งพร้อมแกนดัน (plunger)
   (สำหรับการฝังยา Norplant® และ Jadelle® เท่านั้น)
10. forceps
11. bandage, elastic bandage
12. สำลีและผ้าก๊อสปราศจากเชื้อ

เครื่องมือที่ใช้เพิ่มเติมสำหรับถอดยาฝังออก คือ mosquito forceps 2 ตัว หรือ mosquito forceps 1 ตัว และ crile forceps 1 ตัว

ข้อแนะนำภายหลังการฝังยา [7]

1. ถอดผ้าพันแผลออกในวันรุ่งขึ้น หรือพันไว้อย่างน้อย 4 ชั่วโมง และปิดแผลไว้ 5-7 วันหลังฝังยา ไม่ควรให้แผลเปียกน้ำหรืออาจปิดแผลด้วยวัสดุกันน้ำ ถอดพลาสเตอร์ปิดแผลออกในวันที่ 5-7 ทำงานได้ตามปกติ แต่ควรหลีกเลี่ยงการทำงานหนักด้วยแขนที่ฝังยาคุมกำเนิด ประมาณ 7 วัน และควรหลีกเลี่ยงการถูกกระแทกอย่างรุนแรง

2. เมื่อครบ 7 วัน ควรกลับมาให้ตรวจซ้ำ เพื่อดูลักษณะการเรียงตัวของหลอดยา และตรวจความผิดปกติอื่นๆ เช่น การอับเสบ การเขียวคล้ำ การหลุด เป็นต้น

3. อาจมีอาการผิดปกติของเลือดประจำเดือน เช่น เลือดออกกะปริดกะปรอย ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ประจำเดือนขาดได้ภายหลังการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

4. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ประจำเดือนขาด และมีอาการของการตั้งครรภ์ แผลมีเลือดหรือน้ำเหลืองหรือหนองซึม บวมแดง หรือเห็นแท่งยาสีขาวโผล่ที่ปากแผล ต้องรีบพบแพทย์ทันที

5. ต้องเปลี่ยนยาฝังคุมกำเนิดตามกำหนดนัด

6. ตรวจติดตาม ตรวจสุขภาพทั่วไป ตรวจเต้านม และตรวจเซลล์มะเร็งปากมดลูก อย่างน้อยปีละครั้ง

ข้อดี และข้อด้อยของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

ข้อดีของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด [1-4]

1. คุมกำเนิดได้นาน ยาฝังคุมกำเนิดชนิด 6 หลอด (Norplant®) และ 2 แท่ง (Jadelle®) จะใช้ป้องกันการตั้งครรภ์ได้นาน 7 ปี และ 5 ปี ตามลำดับ ส่วน 1 แท่ง (Etoplan® หรือ Implanon®) ใช้ได้นาน 3 ปี

ข้อพึงระวัง

- ประสิทธิผลของยาฝังคุมกำเนิด ขึ้นอยู่กับน้ำหนักตัวของผู้รับบริการ
- น้ำหนักน้อยกว่า 70 กิโลกรัม สามารถคุมได้นานถึง 7 ปี ยกเว้นน้ำหนักจะขึ้นหรือมากกว่า 70 กิโลกรัม
- น้ำหนัก 70-79 กิโลกรัม ควรเอาออกหลัง 5 ปี
- น้ำหนักมากกว่า 80 กิโลกรัมควรเอาออกหลัง 4 ปี

2. สะดวก ไม่ต้องกังวลเรื่องวิธีการใช้ เช่น ยาคุมกำเนิดชนิดอื่น หรือการมารับบริการบ่อย ๆ

3. มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ถึงร้อยละ 99

4. อัตราคงใช้สูง

5. อาการข้างเคียงน้อย

6. ไม่รบกวนขณะมีเพศสัมพันธ์

7. ประกอบด้วยฮอร์โมนโปรเจสโตรเจนอย่างเดียว จึงเหมาะสำหรับผู้ที่มีข้อห้ามในการใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน

8. เหมาะสำหรับสตรีที่ให้นมบุตร เนื่องจากฮอร์โมน LNG และ ETG ที่กระจายออกมาจะออกมาในระดับต่ำและคงที่ (zero order release) จึงไม่มีผลต่อการหลั่งของน้ำนม ไม่มีผลกระทบต่อ metabolism ต่างๆ ของร่างกายคล้ายยาคุมกำเนิดชนิด microdose หรือ minipills

9. ฮอร์โมน LNG และ ETG เป็นฮอร์โมนที่ออกฤทธิ์ต่ออวัยวะเป้าหมายได้ทันที โดยไม่ต้องทำปฏิกริยาที่ตับ จึงไม่ทำให้หน้าที่การทำงานของตับเปลี่ยนแปลง

10. ผลพลอยได้อื่นจากการใช้ยาฝังคุมกำเนิด ได้แก่ มีผลดีต่อภาวะโลหิตจาง ป้องกันการตั้งครรภ์นอกมดลูก และอาจจะป้องกันการเกิดมะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก

11. อาจป้องกันการอักเสบในอุ้งเชิงกรานได้ และช่วยให้อาการปวดประจำเดือนลดลง

12. สามารถใช้คุมกำเนิดแก่ผู้ติดเชื้อ HIV ได้ ในรายที่ไม่ต้องการทำหมัน

13. หลังถอดยาฝังคุมกำเนิดออก ร่างกายจะกลับเข้าสู่ภาวะเจริญพันธุ์ได้เร็ว เนื่องจากมีฮอร์โมนกระจายออกในปริมาณน้อยและไม่มีการสะสมในร่างกาย

ข้อด้อยของการใช้ยาฝังคุมกำเนิด[1- 4]

1. ต้องรับการฝังยาและถอดยาฝังจากบุคลากรสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมเท่านั้น
2. ค่าใช้จ่ายครั้งแรกสูง เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ แต่หากใช้จนครบกำหนดแล้ว (3 หรือ 5 ปี) ค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ยในระยะยาวใกล้เคียงหรือต่ำกว่าการคุมกำเนิดชนิดอื่น
3. เกิดอาการข้างเคียงดังที่กล่าวมาแล้ว

สรุป

ยาฝังคุมกำเนิดถูกพัฒนามาให้เป็นทางเลือกใหม่ในการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด รับบริการครั้งเดียวได้ผลนาน 3 หรือ 5 หรือ 7 ปี มีอัตราการคงใช้สูง อาการข้างเคียงคล้ายกับยาฉีดคุมกำเนิด เมื่อเปรียบเทียบข้อดีและข้อด้อย พบว่ายาฝังคุมกำเนิดมีข้อดีอยู่มาก

เอกสารอ้างอิง

1. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สัญญา ภัทราชัย, จิตติมา มโนนัย. ยาฝังคุมกำเนิด : อดีต ปัจจุบัน และอนาคต. ใน : แสงชัย พฤฑธิพันธุ์, พัญญู พันธ์บูรณะ, จิตติมา มโนนัย, บรรณาธิการ. ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี; 2545 : 154-78.
2. ดำรง เหรียญประยูร. ยาฝังคุมกำเนิด. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชาย นิรุตติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร:, ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. Meirik O, Fraser IS, d'Arcanques C. WHO consultation on implantable contraceptives for women. Hum Reprod Update 2003; 9 : 40-59.
4. Funk S, Miller MM, Mishell DR Jr, Archer DF, Poindexter A, Schmidt J, et al ; the Implanon us Study Group. Safety and efficacy of Implanon, a single-rod implantable contraceptive containing etonogrestrel, Contraception 2005; 71 : 319-26.
5. Implanon®, 68 mg etonogrcstrel, scientific brochure. N.V. Organon :The Netherlands, 2000.
6. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd ed. Geneva : World Health Organization, 2004.
7. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การให้คำปรึกษาเรื่อง การใช้ยาฝังคุมกำเนิดชนิดหลอดเดียว. ใน : แสงชัย พฤฑธิพันธุ์, พัญญู พันธ์บูรณะ, จิตติมา มโนนัย, บรรณาธิการ. ความก้าวหน้าในการดูแลรักษาผู้ป่วยทางสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี, 2545 : 179-89.

บทที่ 7

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด
(Contraceptive Patches)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
กอบกาญจน์ มหัทธโน

คำนำ

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด

กลไกการคุมกำเนิด และข้อห้ามใช้

วิธีใช้

ประสิทธิภาพ

ข้อดี ข้อเสียของการใช้ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด

อาการข้างเคียง

การนัดติดตาม

สรุป

เอกสารอ้างอิง



บทที่ 7

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด
(Contraceptive Patches)

สุวชัย อินทรประเสริฐ
กอบกาญจน์ มหัทธโน

คำนำ

การใช้ฮอร์โมนเพื่อการคุมกำเนิดเป็นกลุ่มของวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายมากที่สุด ได้มีการพัฒนาฮอร์โมนคุมกำเนิดมาอย่างต่อเนื่องในระยะ 50 ปี โดยลดขนาดของเอสโตรเจนในยาเม็ดคุมกำเนิดลงจนเหลือ 20 - 30 ไมโครกรัม สำหรับโปรเจสโตเจนซึ่งหมายถึงสารออกฤทธิ์เหมือนโปรเจสเตอโรน ได้มีการพัฒนาและสังเคราะห์โปรเจสโตเจนตัวใหม่ๆ เพื่อลดอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนและผลอันไม่พึงประสงค์ โปรเจสโตเจนที่มีใช้อยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ levonorgestrel, gestodene, desogestrel, dienogest, cyproterone acetate, drospirenone และ norgestimate เป็นต้น

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ถ้าจะให้ได้ผลดีต้องรับประทานอย่างสม่ำเสมอทุกวัน เพื่อลดความล้มเหลวในการป้องกันการตั้งครรภ์ ซึ่งในบางครั้งก็ไม่สะดวกในการใช้ จึงได้มีการพัฒนาวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ได้แก่ ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด วงแหวนใส่ช่องคลอด ห่วงอนามัยชนิดที่มีฮอร์โมน และยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด

เป็นวิธีคุมกำเนิดล่าสุดในกลุ่มฮอร์โมนคุมกำเนิด เป็นแผ่นสี่เหลี่ยมผืนผ้า ขนาดกว้าง 4.5 เซนติเมตร ใน 1 แผ่น จะมีตัวยาเอสโตรเจน คือ ethinyl estradiol 0.6 มิลลิกรัม (600 ไมโครกรัม) และโปรเจสโตเจน คือ norelgestromin (ซึ่งเป็น active metabolite ของ norgestimate) 6 มิลลิกรัม ยาแผ่นประกอบด้วย 3 ชั้น คือ ชั้นนอกเป็นแผ่น polyester ที่กันน้ำได้ ชั้นกลางเป็นแผ่นฮอร์โมนและกาว และชั้นในเป็นแผ่น polyethylene ซึ่งจะต้องลอกออกก่อนที่จะติดกับผิวหนัง

หลังจากแปะที่ผิวหนังฮอร์โมนจะซึมเข้าร่างกายในปริมาณของ ethinyl estradiol 20 ไมโครกรัมต่อวัน และ norelgestromin 150 ไมโครกรัมต่อวัน[1] ระดับของฮอร์โมนจะใกล้เคียงกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Cilest®) และคงที่อยู่ตลอด 7 วัน พบว่า ระดับของฮอร์โมนจะยังคงสูงต่อเนื่องได้จนถึง 10 วัน ดังนั้น จึงยังมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ต่ออีกได้ 2 วัน ถ้าลืม

เปลี่ยนแผ่นยาตามกำหนดทุก 7 วัน กลไกการคุมกำเนิดก็เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม[1] แต่สะดวกกว่าที่ไม่ต้องรับประทานยาทุกวัน ทำให้มีการยอมรับมากขึ้นเรื่อย ๆ [2]

กลไกการคุมกำเนิดและข้อห้ามใช้

กลไกการคุมกำเนิดและข้อห้ามใช้ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด เช่นเดียวกันกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม สตรีที่น้ำหนัก 90 กิโลกรัมขึ้นไป ไม่แนะนำให้ใช้แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด

วิธีใช้

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดใช้แผ่นละ 1 สัปดาห์ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ (ใช้ 3 แผ่น) แล้วเว้น 1 สัปดาห์ ในสัปดาห์ที่เว้นก็จะมีระดูมา เช่นเดียวกับการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด การเริ่มแปะแผ่นแรกมี 2 วิธี คือ

(1) เริ่มแปะแผ่นแรกในวันที่มีระดูวันแรก และนับเป็นวันที่ 1 ของการใช้ โดยวันเปลี่ยนแผ่นจะตรงกับวันนี้ในทุกสัปดาห์ เช่น ระดูมาวันอังคาร เริ่มแปะแผ่นแรกวันอังคาร และเปลี่ยนใหม่ในวันอังคารสัปดาห์ถัดๆ ไปอีก 2 ครั้ง การเริ่มใช้วิธีแปะยาแบบนี้ไม่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย

(2) เริ่มแปะแผ่นแรกในวันอาทิตย์ ระหว่างสัปดาห์ที่มีระดูมา นับเป็นวันที่ 1 ของการใช้ และจะเปลี่ยนแผ่นยาทุกวันอาทิตย์ อีก 2 ครั้งติดกัน วิธีนี้ต้องใช้การคุมกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่ฮอร์โมนร่วมด้วยใน 7 วันแรก เดือนต่อๆ ไป ไม่ต้องใช้การคุมกำเนิดอื่น

บริเวณที่เหมาะสมในการแปะยาแผ่นคุมกำเนิด

- ควรแปะแผ่นยาที่บริเวณ ต้นแขนด้านนอก แผ่นหลังช่วงบน สะโพกและหน้าท้อง
- เมื่อเปลี่ยนแผ่นใหม่ ไม่ควรแปะซ้ำรอยเดิม แต่สามารถแปะบริเวณส่วนเดิมของร่างกายได้ หรือคนละด้าน เช่น ซ้าย - ขวา
- ไม่แนะนำให้แปะบริเวณเต้านมเพราะฮอร์โมนอาจจะดูดซึมเข้าสู่เต้านมโดยตรง และบริเวณนั้นอาจจะหลุดง่าย
- ก่อนแปะไม่ควรใช้เครื่องสำอางหรือครีมทาผิวบริเวณผิวหนังที่จะแปะแผ่นยา
- แปะแผ่นยาให้แน่นสนิทตามคำแนะนำในกล่องบรรจุแผ่นยา

วิธีปฏิบัติเมื่อลืมเปลี่ยนแผ่นยา

1. ถ้าลืมเปลี่ยนภายใน 2 วัน ให้เปลี่ยนแผ่นใหม่ทันทีที่จำได้ และเปลี่ยนแผ่นถัดไปตามกำหนดวันเดิม ไม่ต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นเสริม
2. ถ้าลืมเปลี่ยนแผ่นนานกว่า 2 วัน ควรแนะนำให้หยุดนับการใช้แผ่นยาตามรอบเดิม ให้เริ่มต้นการใช้แผ่นยาแปะรอบใหม่ โดยให้นับเป็นวันแรกของสัปดาห์แรก แล้วเปลี่ยนใหม่ทุก 7 วัน และช่วง 7 วันแรก ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่ฮอร์โมนร่วมด้วย

ข้อปฏิบัติถ้าแผ่นยาหลุดลอกออก

1. ถ้าหลุดลอกออกภายใน 1 วัน ให้ปิดแผ่นเดิมให้สนิท หรือเปลี่ยนแผ่นใหม่ทันทีถ้าปิดแผ่นเดิมไม่ได้ แล้วเปลี่ยนแผ่นยาตามกำหนดเดิม
2. ถ้าหลุดลอกออกนานเกิน 1 วัน หรือไม่ทราบว่าหลุดออกนานเท่าไร ควรหยุดการใช้แผ่นเดิม แล้วเริ่มแปะแผ่นยาแผ่นใหม่และให้นับเป็นวันแรกของรอบใหม่ เปลี่ยนแผ่นยาทุก 7 วัน ตามกำหนดวันเปลี่ยนแผ่นใหม่ ในช่วง 7 วันแรก ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นที่ไม่ใช่ฮอร์โมนร่วมด้วย

จากการศึกษาพบว่า แผ่นยามีโอกาสหลุดลอกน้อยมากในกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการเล่นกีฬาด้วย โดยพบว่าหลุดบางส่วน ร้อยละ 2.9 และหลุดทั้งแผ่นร้อยละ 1.8[3]

ประสิทธิภาพ

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด มีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่ามีความล้มเหลวเพียง 0.8% สำหรับการใช้โดยทั่วไป ถ้าใช้อย่างถูกวิธีมีความล้มเหลว 0.6%[4]

ข้อดีข้อเสียของการใช้ยาแผ่นแปะคุมกำเนิด[5]

ข้อดี

- มีประจำเดือนมาตรงคล้ายกับการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม
- ประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง ลดความกังวลเนื่องจากกลัวการตั้งครรภ์
- ผู้ใช้มั่นใจว่ากำลังคุมกำเนิดอยู่ ไม่ต้องกลัวลืมเหมือนการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่ต้องรับประทานทุกวัน

ข้อเสีย

- ในช่วงรอบประจำเดือนแรกที่ใช้แผ่นยา อาจจะมีเลือดออกกะปริดกะปรอย (breakthrough bleeding) ได้ 1 ใน 5 และรอบประจำเดือนถัดไป เลือดออกกะปริดกะปรอยจะลดน้อยลงเรื่อย ๆ
- ต้องเปลี่ยนแผ่นยาทุก 7 วัน แต่เวลาที่เปลี่ยนในวันนั้นจะเป็นช่วงใดก็ได้
- อาจจะมีการหลุดของแผ่นยาได้

อาการข้างเคียง[5] อาจจะพบได้แก่

- เจ็บตึงหน้าอก พบมากกว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในรอบแรกๆ ของการใช้ยา
- คลื่นไส้ อาเจียน
- ปวดศีรษะ
- ระคายเคืองผิวหนังบริเวณที่แปะแผ่นยา

อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงและพบได้ไม่บ่อย อาการมักจะหายไปในสัปดาห์ที่ 2-3 ของการใช้ ถ้ายังมีอาการอยู่ ควรหาสาเหตุว่าเกิดจากความผิดปกติอื่นหรือไม่ สตรีที่หยุดแผ่นยาแปะจากอาการข้างเคียงต่างๆ เหล่านี้ พบได้น้อย การเปลี่ยนบริเวณแปะแผ่นยา (แผ่นใหม่) โดยไม่แปะซ้ำบริเวณเดิมจะลดการระคายเคืองผิวหนัง

การนัดติดตาม

เมื่อเริ่มใช้ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิดใหม่ ควรนัดกลับมาใน 5-6 สัปดาห์ เพื่อสอบถามวิธีใช้และปัญหา ถ้าปกติดีให้นัดกลับมาตรวจติดตามทุกปี ถ้ามีอาการผิดปกติให้กลับมาพบก่อน

สรุป

ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด เป็นวิวัฒนาการล่าสุดของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด ประกอบด้วยเอสโตรเจนและโปรเจสโตเจนเหมือนยาเม็ดคุมกำเนิดทั่วไป กลไกการคุมกำเนิดก็เช่นเดียวกับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม อาการข้างเคียงมีน้อย การแปะแผ่นยาให้ถูกวิธีในตำแหน่งที่เหมาะสม และการเปลี่ยนแผ่นยาตามกำหนด จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์

เอกสารอ้างอิง

1. Abrams LS, Skee D, Natarajan J, Wong FA. Pharmacokinetic overview of Ortho Evra™/Evra™. Fertil Steril 2002; 77 (Suppl 2) : S3-12.
2. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs an oral contraceptvie : a randomized controlled trial. JAMA 2001; 285: 2347-54.
3. Guillebaud J. Contraception today. 5th ed. London: Taylor & Francis, 2004.
4. Zieman M, Guillebaud J, Weisberg E, Shangold GA, Fisher AC, Creasy GW. Contraceptive efficacy and cycle control with the Ortho Evra™/Evra™ transdermal system : the analysis of pooled data. Fertil Steril 2002 ; 77 (Suppl 2) S13-8.
5. Hatcher RA, Zieman M, Cwiak C, Darney PD, Creinin MD, Stosur HR. Managing contraception. Georgia : Bridging the Gap Foundation, 2004.

บทที่ 8

ห่วงอนามัย
(Intrauterine Device - IUD)

เรณู ชูนิล
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ

ชนิดของห่วงอนามัย

กลไกในการคุมกำเนิด

การใช้ห่วงอนามัย

การเลือกผู้รับบริการ

เวลาที่เหมาะสมในการใส่ห่วงอนามัย

ขั้นตอนในการใส่ห่วงอนามัย

การให้การดูแลรักษาอาการข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อน

ผลดีของการใช้ห่วงอนามัย

การกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 8

ห่วงอนามัย
(Intrauterine Device - IUD)

เรณู ชูนิล
รุจิรา วัฒนายิ่งเจริญชัย

คำนำ

ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ดีวิธีหนึ่ง และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง ประหยัด สามารถคุมกำเนิดได้ระยะเวลานาน เพื่อรอเวลาจนกว่าจะพ้นวัยที่มีบุตรได้ ในระยะแรกๆ โครงการวางแผนครอบครัวแห่งชาติได้เริ่มนำห่วงอนามัยชนิด Lippes Loop มีรูปร่างลักษณะคล้ายตัวอักษร "S" ต่อกัน มาใช้ ซึ่งได้รับความนิยมจากผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก ต่อมาได้มีการศึกษา ค้นคว้า และวิจัยว่าห่วงอนามัยจะทำด้วยสารอะไร จึงจะดีกว่าและทำเป็นรูปร่างอย่างไรจึงจะดีกว่า ห่วงอนามัยในระยะต่อมาได้ประดิษฐ์ขึ้นมาเป็นรูปตัว M ทำด้วย stainless steel ก็มีเป็นรูปร่างตัว T รูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือก็มี สำหรับรูปร่างตัว T และรูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือได้มีการใช้สารทองแดงร่วมด้วยพบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้สูงกว่าห่วงอนามัยที่ไม่มีสารทองแดงร่วมด้วย ระยะหลังยังได้มีการประดิษฐ์ห่วงอนามัยที่มีสารฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์อยู่ด้วย ก็พบว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีเช่นกัน

ชนิดของห่วงอนามัย

ห่วงอนามัยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ[1 - 3]

1. ห่วงอนามัยชนิดธรรมดา (non - medicated or inert) หมายถึง ห่วงอนามัยที่ไม่มีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ ได้แก่ Lippes Loop ซึ่งเป็นห่วงรูปร่างคล้ายอักษร "S" ต่อกัน ทำมาจากสารจำพวกพลาสติก คือ โพลีเอธิลีน (polyethylene) และมีแบเรียมซัลเฟต (barium sulfate) ผสมอยู่เพื่อถ่ายภาพรังสีได้ ซึ่งปัจจุบันนี้ไม่มีใช้แล้ว

2. ห่วงอนามัยชนิดมีสารช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์ (active or bioactive or medicated) หมายถึง ห่วงอนามัยที่มีสารบางอย่างที่ออกฤทธิ์ช่วยป้องกันการตั้งครรภ์ หรือ ช่วยลดอาการข้างเคียง ได้แก่

2.1 ห่วงอนามัยทองแดง (copper bearing IUD) เป็นห่วงอนามัยที่มีสารทองแดงประกอบอยู่ด้วย เช่น Multiload 250, Multiload 375, T cu 380 A และ Nova T เป็นต้น

- T cu 380 A เป็นห่วงอนามัยรูปตัว T ทำด้วย polyethylene มีความยาว 36 มม. และความกว้างของแขนยาว 32 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 380 ตร.มม. สายห่วงเป็น monofilament สีขาว 2 เส้น อายุการใช้งาน 10 ปี
- Multiload 250 เป็นห่วงอนามัยรูปร่างคล้ายร่มหรือสมอเรือ ทำด้วย polyethylene ยาว 24 มม. กว้าง 13 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 250 ตร.มม. สายห่วงเป็น monofilament สีฟ้า 2 เส้น อายุการใช้งาน 3 ปี
- Multiload 375 ลักษณะเหมือน Multiload 250 แต่มีขนาดใหญ่กว่า คือ ยาว 35 มม. กว้าง 20 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสทองแดง 375 ตร.มม. มีอายุการใช้งาน 5 ปี
- Nova T เป็นห่วงอนามัยรูปตัว “T” ทำด้วย polyethylene ความยาว 32 มม. กว้าง 20 มม. มีพื้นที่ผิวสัมผัสของทองแดง 200 ตร.มม. ปลายของก้านห่วงเป็น loop ป้องกันก้านทะลุบริเวณปากมดลูก อายุการใช้งาน 5 ปี

2.2 ห่วงอนามัยฮอร์โมน (hormone - releasing IUD) เป็นห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมนโปรเจสเตอโรนสังเคราะห์อยู่ด้วย เช่น Progestasert, Levonorgestrel-20 หรือ Mirena) เป็นต้น

- Progestasert เป็นห่วงอนามัยรูปตัว T ทำด้วย ethylene vinyl acetate copolymer บริเวณก้านบรรจุฮอร์โมนโปรเจสเตอโรน 38 มิลลิกรัม มีอายุการใช้งาน 1 ปี เนื่องจากพบการตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูกสูงขึ้น ปัจจุบันจึงเลิกใช้
- LNG-IUD พัฒนาใช้ตั้งแต่ ค.ศ. 1990 เป็นห่วงอนามัย รูปตัว T ทำด้วย polyethylene ความยาว 32 มม. กว้าง 32 มม. บริเวณก้านบรรจุฮอร์โมน Levonorgestrel 52 มิลลิกรัม สายห่วงเป็น monofilament สีดำ 2 เส้น อายุการใช้งาน 5 ปี

กลไกในการคุมกำเนิด[1, 4]

กลไกในการคุมกำเนิดของห่วงอนามัยในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัด แต่เชื่อว่าห่วงอนามัยเป็นสิ่งแปลกปลอมต่อร่างกาย เมื่อถูกนำเข้าสู่โพรงมดลูกย่อมจะกระตุ้นให้เกิดปฏิกิริยาโต้ตอบ (foreign body reaction) ที่ส่วนของเยื่อบุโพรงมดลูก การเปลี่ยนแปลงในส่วนประกอบของน้ำหลั่งภายในโพรงมดลูกและภายในท่อนำไข่ อันได้แก่ จำนวนเม็ดเลือดขาว ปริมาณสาร prostaglandins และ enzymes ต่างๆ ทั้งหมดนี้เชื่อว่าจะ

1. ยับยั้งการว่ายของอสุจิขึ้นไปสู่ส่วนบนของมดลูกและท่อนำไข่
2. เปลี่ยนแปลงขบวนการปฏิสนธิ หรือการผสมกันระหว่างตัวอสุจิกับไข่
3. เปลี่ยนแปลงการเคลื่อนตัวของไข่

การใช้ห่วงอนามัย

ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับสตรีที่

1. ชอบวิธีที่ไม่ต้องปฏิบัติทุกวันหรือต้องปฏิบัติก่อนจะมีเพศสัมพันธ์
2. กำลังให้นมบุตรและต้องการคุมกำเนิด
3. ต้องการใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงและใช้ได้นาน
4. มีบุตรตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป
5. มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ต่ำ เช่น ผู้ที่ไม่มีการสำส่อนทางเพศ

การเลือกผู้รับบริการ

ผู้รับบริการสมัครใจจะใส่ห่วงอนามัยที่มีทองแดง จะต้องไม่มีข้อห้ามในการใส่ห่วงอนามัยดังต่อไปนี้

ข้อห้ามโดยเด็ดขาด (absolute contraindication) ตาม WHO eligibility criteria category 4[5] ได้แก่

1. ตั้งครรภ์ หรือ สงสัยว่าจะตั้งครรภ์ เพราะจะเกิดภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์ได้มาก
2. หลังคลอด หรือหลังแท้งติดเชื้อ
3. มีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน (acute pelvic inflammatory disease) หรือมีโรคติดเชื้อในระบบสืบพันธ์ ภายในระยะเวลา 3 เดือน รวมทั้งเป็นวัณโรคในอุ้งเชิงกราน
4. มีเลือดออกจากช่องคลอด หรือประจำเดือนออกนาน ต้องหาสาเหตุและรักษาให้หายก่อน
5. มะเร็งของอวัยวะสืบพันธุ์สตรี ได้แก่ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูก และมะเร็งเนื้อรก ต้องรีบให้การดูแลรักษา
6. เนื้องอกกล้ามเนื้อมดลูก ที่มีรูปร่างโพรงมดลูกผิดปกติ หรือมดลูกพิการแต่กำเนิด

ข้อห้ามเชิงสัมพันธ์ (relative contraindication) ตาม WHO eligibility criteria category 3[5]

ผู้ให้บริการต้องพิจารณา ข้อดี ข้อเสีย ของห่วงอนามัยอย่างรอบคอบ และพิจารณาวิธีคุมกำเนิดอื่นที่จะใช้แทนด้วย (ในบางราย ข้อดีจากห่วงอนามัย อาจจะมากกว่าข้อเสียก็ใส่ได้) ได้แก่

1. หลังคลอดตั้งแต่ 2 วันขึ้นไปจนถึง 4 สัปดาห์ โอกาสห่วงหลุด และมีการอักเสบติดเชื้อได้มาก
2. กำลังรักษา หรือ ติดตามผลการรักษาครรภ์ไข่ปลาอุก (molar pregnancy หลังจากได้เอา mole ออกแล้ว) การใส่ห่วงอนามัยอาจจะมีเลือดออกผิดปกติทำให้แปลผลการตรวจรักษาได้ยาก
3. มะเร็งรังไข่

4. ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการอักเสบของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ และมีคู่ร่วมเพศหลายคน (แนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยจะดีที่สุด)
5. โรคทางอายุรกรรมที่มีโอกาสเกิดการอักเสบได้ง่าย (เช่น โรคเบาหวาน โรคไต โรคหัวใจ) หรือกำลังรักษาโรคด้วยสเตียรอยด์ หรือ ยากดภูมิต้านทาน เป็นต้น
6. ปวดประจำเดือนมาก การใส่ห่วงอนามัยอาจจะทำให้ปวดประจำเดือนมากขึ้น (ยกเว้นห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมน จะลดอาการปวดประจำเดือนและลดปริมาณประจำเดือนได้)
7. โรคโลหิตจาง เพราะการใส่ห่วงอนามัยอาจจะทำให้มีเลือดประจำเดือนออกมาก หรือออกนาน หรือออกผิดปกติ ทำให้โลหิตจางมากขึ้น
8. เคยมีประวัติแพ้ทองแดง (Wilson's disease)
9. มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด

เวลาที่เหมาะสม (optimal time) ในการใส่ห่วงอนามัย[6-8]

แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1. ระยะที่ไม่เกี่ยวกับการคลอด
   - 1.1 ขณะมีประจำเดือนหรือวันท้ายๆ ของการมีประจำเดือนจะเหมาะสมที่สุด เพราะหลังจากใส่ห่วงอนามัยจะมีเลือดออกต่ออีก 1-2 วัน ผู้รับบริการจะไม่รู้สึกว่าผิดปกติ
   - 1.2 ภายใน 12 วันแรกของรอบประจำเดือน เพื่อให้แน่ใจว่าผู้รับบริการยังไม่ตั้งครรภ์
   - 1.3 ในกรณีที่คุมกำเนิดวิธีอื่นอยู่แล้วและไม่มีความผิดพลาด จะใส่ห่วงอนามัยในช่วงใดของรอบประจำเดือนก็ได้
   - 1.4 ถ้าไม่มีการร่วมเพศเลยในรอบเดือนนั้น
2. ใส่หลังคลอดหรือหลังแท้ง
   - 2.1 การใส่ห่วงอนามัยหลังคลอดทำได้ทั้งในช่วงแรกภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด หรือหลังคลอดทันทีภายใน 10 นาทีหลังรกคลอด (post placental insertion) หลังจากนี้ก็ควรใส่ในช่วง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งจะกระทำได้ง่าย ภาวะแทรกซ้อนน้อย
   - 2.2 การใส่ห่วงอนามัยหลังแท้ง ทำได้ทั้งหลังแท้งทันทีถ้าไม่มีการอักเสบ หรือการแท้งติดเชื้อ และหลังแท้ง 3 สัปดาห์

ขั้นตอนในการใส่ห่วงอนามัย[8]

1. การให้ counseling ก่อนใส่ห่วง
   - 1) เลือกผู้รับบริการที่เหมาะสม ไม่มีข้อห้ามต่อการใช้ห่วงอนามัย
   - 2) แนะนำประโยชน์ของการคุมกำเนิด ข้อดี และข้อด้อยของห่วงอนามัยและอาการข้างเคียงที่สำคัญที่พบบ่อยหลังใส่ห่วงอนามัย ความรู้สึกขณะกำลังใส่ห่วงอนามัย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้
2. การเตรียมอุปกรณ์
   - 1) ทำบัตรบันทึกผู้รับบริการคุมกำเนิด (เช่น แบบ ว.ค. 01 เป็นต้น)

2) ตรวจดูเครื่องมือ ได้แก่ ชุดเครื่องมือตรวจภายใน 1 ชุด, tenaculum หรือ Allis forceps 1 อัน, uterine sound 1 อัน และกรรไกรตัดไหมด้ามยาว 1 อัน

3. การเตรียมผู้รับบริการ
   1) ซักประวัติ อายุ การคลอด จำนวนบุตร ประจำเดือนครั้งสุดท้าย
   2) ซักประวัติโรคประจำตัว การผ่าตัด การแพ้ยา รวมทั้งการแพ้สารทองแดง หรือโรคผิดปกติเกี่ยวกับสารทองแดง เช่น Wilson's disease
   3) ต้องไม่มีข้อห้ามในการใส่ห่วงอนามัย
   4) ถ้ากำลังคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นที่มีประสิทธิภาพสูง สามารถใส่ห่วงได้เลยโดยไม่ต้องรอประจำเดือนมาก่อน หรือ
   5) ถ้าไม่มีการร่วมเพศในรอบเดือนนั้นก็สามารถใส่ห่วงได้เลยเช่นเดียวกัน นอกเหนือจากนั้นควรจะรอให้ระดูมาก่อน หรือทำการพิสูจน์ว่าไม่ได้ตั้งครรภ์จึงจะใส่ห่วงได้
4. การตรวจภายใน
   1) ให้ถ่ายปัสสาวะก่อน
   2) ให้นอนท่า lithotomy
   3) ตรวจภายในเช่นเดียวกับในกรณีทั่วๆ ไป เน้นเรื่องการคลำขนาดและตำแหน่งของมดลูก ที่สำคัญอย่างยิ่ง คือ การตรวจรอยพับงอที่คอมดลูก (flexion)
5. การวัดความลึกของโพรงมดลูกด้วย uterine sound เพื่อนำไปตั้งค่าแป้นปรับระยะของห่วงอนามัย
   1) ใส่ vaginal speculum ถ่างออกให้เห็นปากมดลูกชัดเจน
   2) เช็ดปากมดลูกให้สะอาดสองครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ
   3) ใช้ tenaculum หรือ Allis forceps จับปากมดลูกด้านบนแล้วดึงเข้าหาตัวแพทย์
   4) สอด uterine sound เข้าไปในโพรงมดลูกตามทิศทางที่ถูกต้องอย่างนิ่มนวล
6. ทำการใส่ห่วงอนามัยตามเทคนิคของห่วงแต่ละชนิด ต้องกระทำด้วยความนิ่มนวลภายใต้ aseptic technique
7. นัดตรวจหลังใส่ห่วงอนามัย 6 สัปดาห์ พร้อมทั้งบอกอาการสำคัญที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนนัด ได้แก่
   1) ปวดท้องน้อย
   2) มีไข้ หนาวสั่น
   3) ตกขาวมาก มีกลิ่นเหม็น
   4) มีเลือดออกมากผิดปกติจากช่องคลอด หรือมีประจำเดือนออกมากจนอ่อนเพลีย
   5) พบห่วงหลุดอยู่ในช่องคลอดหรือตรวจคลำสายห่วงด้วยตนเองแล้วไม่พบสายห่วง หรือพบสายห่วงยาวกว่าปกติที่เคยตรวจพบ
   6) ประจำเดือนเลยกำหนดหรือสงสัยว่าจะตั้งครรภ์
8. สอนให้ผู้รับบริการตรวจคลำสายห่วงด้วยตนเอง

ผู้รับบริการควรตรวจสายห่วงด้วยตนเองเดือนละครั้งเป็นอย่างน้อย ควรตรวจภายหลังประจำเดือนหมด 2-3 วัน เวลาที่เหมาะสมในการตรวจคือ เวลาอาบน้ำในท่านั่ง

ยองๆ หรือ ท่ายืนยกเท้าข้างหนึ่งวางบนเก้าอี้ หรือในขณะนอนอยู่บนเตียงนอน ใช้นิ้วชี้ที่สะอาดตัดเล็บสั้น สอดเข้าในช่องคลอดจนถึงปากมดลูก ซึ่งมีลักษณะเป็นก้อนเนื้อกลมๆ เหมือนปลายจมูก คลำดูจะพบรูตรงกลาง คือ external os และจะพบว่ามีสายพลาสติคเล็กๆ 2 เส้นออกมาจากรู (ในขณะที่ใส่ห่วงครั้งแรกหลังตัดสายห่วงแล้ว แพทย์ควรยื่นสายห่วงที่ติดอยู่กับ Allis forceps หรือ uterine packing forceps ให้ผู้รับบริการได้คลำดู เพื่อจะได้รับทราบว่าสายห่วงมีลักษณะเป็นอย่างไร) ให้รีบมาพบแพทย์เมื่อ

1) เมื่อคลำพบแต่ปากมดลูกแต่ไม่พบสายห่วง
2) คลำพบแท่งพลาสติกเป็นก้านแข็งยื่นออกจากปากมดลูก แสดงว่าห่วงเลื่อนลงอาจจะหลุดได้

9. การนัดตรวจซ้ำ หลังจากตรวจครั้งแรก 1-2 เดือน ตามข้อ 7 แล้วให้นัดตรวจครั้งที่ 2 เมื่อใส่ห่วงอนามัยครบ 6 เดือน ครั้งที่ 3 เมื่อใส่ห่วงอนามัยครบ 1 ปี ครั้งต่อไปตรวจทุก 1 ปี

การให้การดูแลรักษาอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน[7, 9]

ปัญหา	วิธีการสืบค้น	การดูแลรักษา
1. อาการปวดเกร็งบริเวณท้องน้อย (มดลูก)	ตรวจหน้าท้อง และตรวจภายในเพื่อตรวจสอบ • ภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน • ตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก • สาเหตุอื่นๆ เช่น - ห่วงหลุด - ห่วงทะลุ	• ถ้าพบสาเหตุ ให้การรักษาตามโรค หรือภาวะที่ตรวจพบ 1. อักเสบในอุ้งเชิงกราน ให้ยาปฏิชีวนะ 1.1 ถ้าผู้รับบริการยังต้องการใช้ห่วงอนามัยก็ไม่ต้องเอาห่วงอนามัยออก ยกเว้นการอักเสบรุนแรงขึ้นควรเอาห่วงอนามัยออก 1.2 ถ้าผู้รับบริการไม่ต้องการใช้ห่วงอนามัยอีก ควรเริ่มให้ยาปฏิชีวนะก่อน แล้วค่อยเอาห่วงอนามัยออก และแนะนำวิธีคุมกำเนิดอย่างอื่น 2. สงสัยตั้งครรภ์นอกโพรงมดลูก ให้ส่งไปพบแพทย์ 3. ห่วงหลุดบางส่วน ให้เอาห่วงออก และอาจใส่ห่วงอันใหม่ ถ้าผู้รับบริการต้องการ

การให้การดูแลรักษาอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ปัญหา	วิธีการสืบค้น	การดูแลรักษา
		4. ห่วงทะลุ ให้ส่งไปพบแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทาง • ถ้าไม่พบสาเหตุ - อาการปวดไม่รุนแรง ให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการว่าเป็นอาการที่พบได้ใน 1-3 เดือนแรก - อาการปวดรุนแรง ให้จ่ายยาแก้ปวดกลุ่ม non-steroidal anti inflammatory drugs (NSAIDs) เช่น mefenemie acid เป็นต้น หรือใช้ aspirin ได้ (ถ้าไม่แพ้, ไม่มีอาการตับเสื่อม, ไม่มีโรคหอบหืด, ไม่มีโรคกระเพาะอาหาร) - อาการปวดรุนแรง และไม่สามารถบรรเทาได้ด้วยยาแก้ปวด ให้เอาห่วงออก และแนะนำวิธีคุมกำเนิดอื่น
2. เลือดออกทางช่องคลอด - กะปริดกะปรอย - ออกมาก	• ตรวจภายในเพื่อหาสาเหตุเช่นเดียวกับข้อ 1 รวมทั้งตรวจดูว่ามีการตั้งครรภ์และจะแท้งด้วยหรือไม่	• ถ้าพบสาเหตุให้รักษาตามโรค หรือภาวะที่ตรวจพบ • ถ้าเลือดออกกะปริดกะปรอย ตรวจไม่พบสาเหตุ ให้ความมั่นใจว่าไม่น่าจะเป็นอันตราย พบได้ในช่วง 3-6 เดือน หลังจากใส่ห่วงอนามัย ให้ธาตุเหล็ก รับประทานวันละ 200 มิลลิกรัม หรือแนะนำอาหารที่มีธาตุเหล็กมาก และนัดกลับมาตรวจอีก 2-3 เดือน • ถ้าไม่พบสาเหตุ และผู้รับบริการกังวลมาก อาจจะให้ยาที่ลดปริมาณเลือดออกกะปริดกะปรอย เช่น NSADs หรือ tranexamic acid (Transamin®)

การให้การดูแลรักษาอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อน (ต่อ)

ปัญหา	วิธีการสืบค้น	การดูแลรักษา
		• ถ้าให้การดูแลรักษาตามข้างต้นแล้วไม่ดีขึ้น ควรเอาห่วงออก • ถ้าไม่แน่ใจให้ส่งไปพบแพทย์ผู้ชำนาญเฉพาะทาง • ถ้ามีภาวะซีดรุนแรง Hb น้อยกว่า 9 กรัม ต่อเดซิลิตร หรือ Hct ต่ำกว่าร้อยละ 30 ให้เอาห่วงออก และแนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นแทน
3. การขาดประจำเดือน	• เลือดออกมาก ให้ตรวจดูอาการซีด (เยื่อบุตา หรือเนื้อใต้เล็บสีซีด) หรือเจาะเลือดดูความเข้มข้น • ตรวจสอบชนิดห่วงอนามัยที่ใช้ • ถามผู้รับบริการถึงประจำเดือนครั้งสุดท้าย • ตรวจภายในเพื่อดูสายห่วง • ตรวจสอบว่ามีการตั้งครรภ์หรือไม่	• ถ้าใช้ห่วงอนามัยที่เป็นฮอร์โมนอาจพบภาวะขาดประจำเดือนได้ • หากพบว่าไม่มีการตั้งครรภ์ให้ความมั่นใจกับผู้รับบริการ • ถ้าตั้งครรภ์น้อยกว่า 13 สัปดาห์ (นับจากประจำเดือนครั้งสุดท้าย) และเห็นสายห่วงให้เอาห่วงออกเพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดการอักเสบในอุ้งเชิงกราน • อย่าพยายามเอาห่วงออก ถ้า - มองไม่เห็นสายห่วงหรือ - ตั้งครรภ์มากกว่า 13 สัปดาห์ และอธิบายให้ทราบว่าอาจจะเกิดการแท้งติดเชื้อได้
4. ตกขาว	• ซักประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตรวจดูการอักเสบของปากมดลูก • ตรวจตกขาวด้วยกล้องจุลทรรศน์ เพื่อตรวจหาสาเหตุ (ผู้ที่ใส่ห่วงอนามัยมักจะพบการอักเสบจากเชื้อราได้บ่อย)	• ถ้าผลตรวจทางกล้องจุลทรรศน์พบสาเหตุให้รักษาตามเชื้อที่พบ

ผลดีของการใช้ห่วงอนามัย

1. สตรีที่ใส่ห่วงอนามัย ประจำเดือนจะมาเป็นปกติ ไม่มีผลกระทบต่อรอบเดือน
2. สตรีกลุ่มอายุมากขึ้น เช่น อายุเกิน 40 ปี ไม่ต้องการทำหมันสามารถให้บริการใส่ห่วงอนามัยได้ เนื่องจากไม่มีผลทาง metabolism หรือมีอาการแทรกซ้อนน้อยกว่าการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด และยังทราบด้วยว่าตนเองเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนหรือยัง สตรีอายุมากสามารถใช้ห่วงอนามัยได้ถึง 1 ปี หลังหมดประจำเดือน เมื่อผลแน่นอนในการป้องกันการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ห่วงอนามัยที่ใส่ให้ตามสถานบริการของรัฐเป็นชนิดที่มีทองแดงเป็นส่วนประกอบ
3. ห่วงอนามัยไม่มีผลกระทบต่อน้ำนม ดังนั้นจึงใช้ได้สำหรับสตรีที่กำลังให้นมบุตร

การกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์

สตรีที่เอาห่วงออกเพื่อต้องการที่จะมีบุตร พบว่าความสามารถมีบุตรจะกลับคืนมาเป็นปกติทันทีหลังจากเอาห่วงออก

สรุป

ห่วงอนามัยเป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ใช้ได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ เมื่อผู้ให้บริการสามารถให้คำปรึกษาที่ดี มีการคัดเลือกผู้รับบริการที่เหมาะสม และให้การดูแลรักษาปัญหาหรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม แล้วยังจะส่งผลให้มีอัตราการคงใช้สูงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. บุษกร วงศ์วิวัฒน์, เรณู ชูนิล. ห่วงอนามัย. ใน : คู่มือประกอบการอบรมโครงการอบรมให้บริการใส่ห่วงอนามัย (ปรับปรุงครั้งที่ 1) กองอนามัยครอบครัว, กรมอนามัย. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2537 : 69-76.
2. กอบจิตต์ ลิมปพยอม และกองอนามัยครอบครัว กรมอนามัย. การใส่ห่วงอนามัย ชนิด Copper T 380 A ตอน 1. กรุงเทพมหานคร: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2536.
3. ชวนชม สกนธวัฒน์. การคุมกำเนิด (พิมพ์ครั้งที่ 3). ขอนแก่น : ภาควิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2538.
4. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
5. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd. Geneva : World Health Organization, 2004.
6. Speroff L, Darney PD. A clinical guide for contraception. 4th ed. Philadelphia : Lippincott-Williams & Wilkins, 2005.

7. WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. Geneva : World Health Organization, 2002.
8. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สมศักดิ์ สุทัศน์วรวุฒิ. การใส่และถอดห่วงอนามัย. ใน : เสวก วีระเกียรติ, สฤกพรรณ วิไลลักษณ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา, ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : โรลิสติก พับลิชชิ่งจำกัด; 2548 : 467-76.
9. วสันต์ ลีนะสมิต, มยุรี จิรภิญโญ.ห่วงอนามัย.ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535 : 329-55.

บทที่ 9

ถุงยางอนามัย
(Condoms)

ปรีชา แจ่มวิถีเลิศ
สมเกียรติ สีตวาริน

คำนำ

ชนิดของถุงยางอนามัย

แบบของถุงยางอนามัย

ขนาดของถุงยางอนามัย

ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย

ประสิทธิภาพของถุงยางอนามัย

สาเหตุของความล้มเหลวจากการใช้ถุงยางอนามัย

ข้อบ่งชี้ ข้อด้อย ประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียง

สรุป

เอกสารอ้างอิง



บทที่ 9

ถุงยางอนามัย
(Condoms)

ปรีชา แจ่มวิถีเลิศ
สมเกียรติ สีตวาริน

คำนำ

ถุงยางอนามัย เป็นอุปกรณ์การคุมกำเนิดที่ทุกคนรู้จักกันดี แต่กลับไม่ค่อยชอบใช้กันทั้งๆ ที่ถุงยางอนามัยนั้นทำมาจากยางธรรมชาติแท้ ๆ แม้แต่การพกและการซื้อถุงยางอนามัยก็ยังอาย อย่างไรก็ตาม พึงระลึกเสมอว่า "ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยนั้นเป็นผู้ที่มีความรับผิดชอบ" ทั้งรับผิดชอบต่อตนเอง และรับผิดชอบต่อคู่ของตัวเอง การใช้ถุงยางอนามัยนั้นนอกจากเป็นการป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้ว สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย คือ ป้องกันตัวเองไม่ให้ติดโรค และไม่แพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปยังคู่ของตัวเอง

ถุงยางอนามัยจัดเป็นเครื่องมือแพทย์ ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 11 พ.ศ. 2535 [1] เป็นอุปกรณ์ที่ทำจากยางธรรมชาติ และถุงยางอนามัยถูกเรียกในชื่อต่างๆ เช่น ปลอก เสื้อฝน เสื้อเกราะ มีชัย หมวก ฯลฯ ในอดีตภาพลักษณ์ของการใช้ถุงยางอนามัยไม่ดีในสายตาของคนทั่วไปที่ถูกมองว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

ชนิดของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยที่มีการผลิตจำหน่ายในปัจจุบัน มี 3 ชนิด คือ[2]

1. ชนิดที่ผลิตจากเนื้อเยื่อธรรมชาติ (natural membrane condom) วัสดุที่ใช้ส่วนใหญ่มาจากลำไส้ใหญ่ของแกะส่วน caecum มีความหนาประมาณ 0.5 มิลลิเมตร ไม่สามารถยืดตัวได้แต่มีความอ่อนนุ่ม สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ แต่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ปัจจุบันไม่นิยมใช้แล้ว

2. ชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ (latex condom) ถุงยางอนามัยชนิดนี้ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ มีคุณภาพดี บางและเหนียว มีแบบต่างๆ เช่น ปลายเรียบมน ปลายเป็นกระเปาะ แบบมีสารหล่อลื่น และแบบที่เคลือบผิวถุงยางอนามัยด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออสุจิ เป็นต้น สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

3. ชนิดที่เป็นพลาสติก (plastic condom) ถุงยางอนามัยชนิดนี้ผลิตจากสาร polyurethane ซึ่งเป็นถุงยางอนามัยชนิดใหม่ที่บางกว่าและแข็งแรงกว่าถุงยางอนามัยชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ สามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้เช่นเดียวกับถุงยางอนามัยที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติ

แบบของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยชนิดที่ผลิตจากน้ำยางธรรมชาติเข้มข้น ถูกผลิตขึ้นในแบบต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้ และแบบต่างๆ เหล่านี้ เกี่ยวข้องกับลักษณะสำคัญ 5 หัวข้อ [1] คือ

1) สารหล่อลื่น แบ่งเป็น แบบแห้งหรือไม่มีสารหล่อลื่น และแบบมีสารหล่อลื่น ในส่วนของมีสารหล่อลื่นยังแบ่งออกเป็นแบบที่ใช้สารหล่อลื่นธรรมดา และใช้สารหล่อลื่นที่มีตัวยาฆ่าเชื้อ เช่น nonoxynol - 9 หรือ N-9 เป็นต้น

2) ลักษณะของก้นถุง แบ่งเป็น แบบก้นถุงมน (plain) และแบบก้นถุงเป็นกระเปาะยื่นออกไป (reservoir-ended or teat) เพื่อเป็นที่เก็บน้ำอสุจิ ซึ่งแบบนี้จะเป็นที่นิยมมากกว่า และวิธีการสวมใส่ก็แตกต่างกัน

3) รูปทรงของถุง แบ่งเป็น แบบทรงกระบอกตรงๆ (straight) แบบเข้ารูปกับอวัยวะเพศ (shaped) และแบบลูกคลื่น (rippled)

4) ลักษณะผิว แบ่งเป็น แบบผิวเรียบ (smooth) และแบบผิวไม่เรียบ (textured)

5) สี มีทั้งแบบสีธรรมชาติของยาง และแบบใส่สีต่างๆ เช่น สีตามวัน แดง เหลือง ชมพู เป็นต้น

ในปัจจุบันยังมีการผลิต กลิ่น และรสชาติของถุงยางอนามัยที่แตกต่างกันออกไปอีกด้วย เช่น กลิ่นผลไม้หลากชนิด

ขนาดของถุงยางอนามัย

คุณภาพมาตรฐานและข้อกำหนดของถุงยางอนามัย คมพ. 1 – 2535 ที่แนบท้ายประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2535) กำหนดถุงยางอนามัยที่ทำจากยางธรรมชาติออกเป็น 13 ประเภท ตามขนาดความกว้าง คือ ตั้งแต่ ขนาด 44 มิลลิเมตร จนถึงขนาด 56 มิลลิเมตร และกำหนดความยาวของถุงยางอนามัย วัดจากปลายเปิดโดยไม่รวมกระเปาะไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร ความหนา 0.02-0.03 มม. ซึ่งใช้ตามมาตรฐานขององค์การกำหนดมาตรฐานระหว่างประเทศ (ISO) ปี ค.ศ.1990 [1] สำหรับประเทศไทยมีจำหน่ายอยู่ 2 ขนาด คือ

1. ขนาดเล็ก หรือ ขนาด 49 มิลลิเมตร มีขนาดความกว้างเมื่อวางถุงยางที่คลี่แล้วแบนราบกับพื้น วัดจากขอบหนึ่งถึงขอบหนึ่ง 49 มิลลิเมตร มีความยาวไม่น้อยกว่า 160 มิลลิเมตร

2. ขนาดใหญ่ หรือขนาด 52 มิลลิเมตร เมื่อวางแบนราบมีขนาดกว้างเท่ากับ 52 มิลลิเมตร และมีความยาวเท่ากับ 180 มิลลิเมตร

ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย มีดังนี้ [3]

1. เตรียมถุงยางอนามัย

- ตรวจดูว่าซองที่บรรจุถุงยางอนามัย อยู่ในสภาพเรียบร้อย ไม่มีรอยรั่ว หรือฉีกขาด และถุงยางอนามัยนั้นไม่หมดอายุ
- ใช้มือฉีกถุงยางอนามัย ให้สังเกตว่าถุงยางอนามัยยังอยู่ในสภาพดี (โดยคลี่ออกไม่เกิน 1 นิ้วฟุต)

2. การสวมถุงยางอนามัย

- สวมถุงยางอนามัยเมื่ออวัยวะเพศแข็งตัวเต็มที่
- จับถุงยางอนามัยด้านที่จะรูด (มีรอยม้วน) อยู่ด้านนอกโดยคลี่ถุงยางอนามัยไม่เกิน 1 นิ้วฟุต
- บีบกระเปาะถุงยางอนามัยเพื่อไล่ลม และบีบไว้จนกระทั่งใส่ถุงยางอนามัยเสร็จ
- ถ้าถุงยางอนามัยไม่มีกระเปาะที่ปลาย ให้บีบปลายถุงยางอนามัยไว้ประมาณ 1 นิ้วมือ (1.5 ซม.)
- ใช้มืออีกข้างหนึ่งรูดคลี่ถุงยางอนามัยออกจนสุดถึงโคนอวัยวะเพศ โดยต้องปล่อยให้มีที่ว่างสูญญากาศระหว่างปลายอวัยวะเพศกับกระเปาะถุงยางอนามัย (หรือปลายถุงยางชนิดที่ไม่มีกระเปาะ) ถ้าความหล่อลื่นไม่พออาจจะทาสารหล่อลื่นที่เป็นน้ำหรือ KY Jelly ก็ได้ ห้ามใช้สารหล่อลื่นที่เป็นปิโตรเลียม เพราะจะทำให้ถุงยางอนามัยแตกหรือขาดเวลามีการเสียดสี

3. การถอดถุงยางอนามัย

- ภายหลังการหลั่งอสุจิแล้วให้รีบถอนอวัยวะเพศออกจากช่องคลอดทันทีโดยมิให้ถุงยางอนามัยหลุดตกค้างอยู่ในช่องคลอด
- ใช้กระดาษทิชชูพันรอบโคนถุงยางอนามัย โดยไม่ให้สัมผัสกับน้ำจากช่องคลอดที่ด้านนอกถุงยางอนามัย (เพราะอาจติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากฝ่ายหญิงได้) แล้วรูดถุงยางอนามัยออกโดยอาจใช้นิ้วเกี่ยวด้านในของขอบถุงยางอนามัยก็ได้
- ทิ้งถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วในที่ทิ้งขยะห้ามนำมาใช้ใหม่

ประสิทธิภาพของถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ดี มีประสิทธิภาพ (ดูรายละเอียดในบทที่ 3 เรื่องวิธีการคุมกำเนิด) เชื่อถือได้ ถ้าใช้ถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐาน ไม่เสื่อม ไม่รั่ว ไม่ซึม ใช้อย่างถูกวิธี และใช้อย่างสม่ำเสมอ นอกจากคุมกำเนิดแล้วที่สำคัญยังป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้ [1]

สาเหตุของความล้มเหลวจากการใช้ถุงยางอนามัย

ความล้มเหลวจากการใช้ถุงยางอนามัย สามารถนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจ หรือการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีสาเหตุสำคัญอย่างน้อย 4 ประการ คือ [1, 4]

1. การใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ นับเป็นสาเหตุสำคัญของความล้มเหลวของการใช้ถุงยางอนามัยในการคุมกำเนิด การใช้ไม่สม่ำเสมอมีสาเหตุมาจากความไม่ร่วมมือของฝ่ายชาย หรือใช้ถุงยางอนามัยสลับกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น
2. การใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี มีได้หลายอย่าง ได้แก่ การคลี่ถุงยางอนามัยออกทั้งอันก่อนสวมใส่ การสวมใส่แบบใส่ถุงเท้า การใส่ผิดด้าน การใส่ที่ไม่เว้นส่วนกระเปาะ หรือส่วนปลายเพื่อรองรับน้ำอสุจิ การใส่โดยไม่ไล่อากาศออกจากกระเปาะหรือส่วนปลายที่เว้นไว้ การเกี่ยวถูกเล็บ หรือเครื่องประดับมีคม การนำกลับมาใช้ใหม่ การสวมถุงยางอนามัยภายหลังร่วมเพศไประยะหนึ่ง การไม่จับขอบของถุงยางอนามัยขณะถอนองคชาตหลังจากการหลั่งน้ำอสุจิ หรือการใช้สารหล่อลื่นที่ไม่เหมาะสม การใช้ที่ผิดเหล่านี้นำไปสู่การแตกของถุงยางอนามัย การเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัยหรือการปนเปื้อนน้ำอสุจิบริเวณช่องคลอด ทั้งนี้ มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากความรู้เกี่ยวกับวิธีการใช้ที่ถูกต้องยังไม่แพร่หลาย
3. การแตกของถุงยางอนามัย
4. การเลื่อนหลุดของถุงยางอนามัย
5. การเก็บถุงยางอนามัยที่ไม่ถูกวิธี เช่น ที่ร้อนจัด ทำให้ถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ เป็นต้น

ข้อบ่งชี้ ข้อด้อย ประสิทธิภาพ และอาการข้างเคียง

วิธีคุมกำเนิด	ข้อบ่งชี้ [5]	ข้อด้อย	ประสิทธิภาพ	อาการข้างเคียง
ถุงยางอนามัย	กรณีเฉพาะที่เหมาะแก่การใช้ถุงยางอนามัย 1. ระยะหลังคลอดใหม่ๆ 2. ระหว่างการให้นม ในกรณีที่ยาเม็ดคุมกำเนิดอาจมีผลต่อการหลั่งน้ำนม 3. ยังหาวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมไม่ได้ 4. เป็นวิธีที่ได้ผลทั้งการคุมกำเนิดและป้องกันการแพร่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ 5. เหมาะและปลอดภัยที่สุดสำหรับวัยรุ่น	- ลดความรู้สึกสัมผัส - ขัดจังหวะการร่วมเพศ - ต้องอาศัยความร่วมมือของฝ่ายชาย - ต้องหาที่ทิ้งให้เหมาะสมหลังการใช้	- ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการคุมกำเนิดที่ดี มีประสิทธิภาพ ถ้าใช้ถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐาน ใช้อย่างถูกวิธี และอย่างสม่ำเสมอ นอกจากคุมกำเนิดแล้ว ที่สำคัญยังป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้	- อาจเกิดการระคายเคืองเฉพาะที่ ซึ่งควรเลือกถุงยางอนามัยที่มีสารหล่อลื่นในตัว หรือใช้ เยล ช่วยหล่อลื่น อาจมีการแพ้ถุงยางอนามัย เกิดผื่นคันที่อวัยวะเพศ

สรุป

ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่บุรุษเป็นผู้ใช้ วิธีการที่มีประสิทธิภาพไว้วางใจได้ถ้าใช้อย่างถูกต้องสม่ำเสมอ โดยต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจและความตั้งใจในการปฏิบัติ ถ้าพิจารณาถึงประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดและประโยชน์ที่จะได้รับแล้ว ถุงยางอนามัยน่าจะเป็นวิธีการคุมกำเนิดชนิดชั่วคราวที่ควรได้รับการส่งเสริมให้ใช้อย่างแพร่หลาย ใช้ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ได้ และผู้ใช้ปลอดภัยจากอาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนจากวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมนหรือสารอื่น

เอกสารอ้างอิง

1. สมชัย นิรุติศาสน์. ถุงยางอนามัย. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543 : 201-25.
2. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : บริษัท ดีไซร์ จำกัด, 2546.
3. สุวชัย อินทรประเสริฐ, สมพล พงศ์ไทย, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์, สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, สัญญา ภัทราชัย. คู่มือประเมินผลหัตถการทางด้านวางแผนครอบครัว. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง, 2540.
4. Hatcher RA, Zieman M, Cwiak C, Darney PD, Creinin MD, Stosur HR. A pocket guide to managing contraception. Georgia : Bridging the Gap Foundation, 2004.
5. เฉลิมศรี ธนันตเศรษฐ, สุวชัย อินทรประเสริฐ.วิธีคุมกำเนิดชนิดขวางกั้น. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535 : 215-38.

บทที่ 10

การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน
(Emergency Contraception)

ภารดี ชาญสมร
สัญญา ภัทราชัย

บทที่ 10

การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน (Emergency Contraception)

ภารดี ชาญสมร
สัญญา ภัทราชัย

คำนำ

หญิงและชายที่มีครอบครัว มีเพศสัมพันธ์ แต่ยังไม่ต้องการตั้งครรภ์ จึงมักวางแผนด้วยการใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดใดชนิดหนึ่งตามความเหมาะสมของแต่ละฝ่าย แต่หากการมีเพศสัมพันธ์เกิดขึ้นโดยบังเอิญ หรือมีการใช้วิธีคุมกำเนิดแต่เกิดความผิดพลาด หรือล้มเหลว ซึ่งเหตุการณ์ไม่คาดคิดนี้มักเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น[1] หรือหนุ่มสาวที่มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ตั้งใจ และทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ได้ ดังนั้น วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยลดโอกาสของการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจ และไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้

การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน

การคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมีวิธีหลักอยู่ 2 วิธี คือ

1. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน
2. ห่วงอนามัยที่มีทองแดง

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน[1, 2]

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน เป็นยาที่ใช้รับประทานหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินนี้บางครั้งเรียกว่า[3] “ยาคุมกำเนิดหลังตื่นนอน” (morning after pill) หรือ “ยาคุมกำเนิดหลังร่วมเพศ” (post coital pill) ซึ่งเป็นการเรียกที่ไม่ถูกต้องและอาจทำให้เข้าใจผิดได้ตามความหมายที่เรียก และนำไปรับประทานเป็นการคุมกำเนิดตามปกติ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อสตรีที่รับประทานยาได้ เนื่องจากยานี้ใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เฉพาะกรณีฉุกเฉินเท่านั้น ดังนั้น การเรียกว่า “ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน” จึงดูเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการใช้

ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่ใช้มี 2 ชนิด คือ ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว และชนิดฮอร์โมนรวม[1, 3]

1. ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ชนิดฮอร์โมนเดี่ยว ประกอบด้วยฮอร์โมน โปรเจสโตเจน ปริมาณสูง ในรูปของ levonorgestrel 750 ไมโครกรัม (เช่น Postinor, Madonna ®) เป็นต้น วิธีใช้คือ รับประทานยานี้ครั้งแรก 1 เม็ดทันทีที่ได้ยา แต่ต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การตั้งครรภ์ และอีก 12 ชั่วโมงต่อมาให้รับประทานซ้ำอีก 1 เม็ด ยาชนิดนี้ผลิตขึ้นมาเพื่อใช้เป็นยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินโดยเฉพาะ [1, 4] หากเกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่เกิน 120 ชั่วโมง อาจจะใช้ได้ แต่อัตราการตั้งครรภ์จะสูงขึ้นอีกเล็กน้อย

2. ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม เป็นการนำเอายาเม็ดคุมกำเนิดขนาดปกติที่มีเอสโตเจน และโปรเจสโตเจน ซึ่งเป็นยาเม็ดคุมกำเนิดที่รับประทานทั่วไป (หรือที่เรียกว่า Yuzpe Regimen) มีส่วนประกอบของ ethinylestradiol 50 ไมโครกรัม (0.05 มิลลิกรัม) และ levonorgestrel 250 ไมโครกรัม (0.25 มิลลิกรัม) (เช่น Eugynon ®) หรือ norgestrel 500 ไมโครกรัม (0.5 มิลลิกรัม) (เช่น Ovral ®) มาใช้ โดยรับประทานยานี้ครั้งแรก 2 เม็ดทันทีที่ได้ยา แต่ต้องไม่เกิน 72 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และ 12 ชั่วโมงต่อมาให้รับประทานซ้ำอีก 2 เม็ด

หรือ ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมที่มีปริมาณฮอร์โมนขนาดต่ำ (low dose) คือ มีส่วนประกอบของ ethinyl estradiol 30 ไมโครกรัม (0.03 มิลลิกรัม) และ levonorgestrel 150 ไมโครกรัม (0.15 มิลลิกรัม) (เช่น Nordette ®, Microgest ®, Microgynon ®, Microlenyn ® และ Rigevidon ® เป็นต้น) หรือ norgestrel 300 ไมโครกรัม (0.3 มิลลิกรัม) โดยรับประทานยานี้ครั้งแรก 4 เม็ดทันทีที่ได้ยาภายใน 72 ชั่วโมงหลังจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์ และอีก 12 ชั่วโมงต่อมาให้รับประทานซ้ำอีก4 เม็ด

กลไกป้องกันการตั้งครรภ์

กลไกป้องกันการตั้งครรภ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จากการศึกษาพบว่ายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินสามารถยับยั้งหรือทำให้การตกไข่เลื่อนออกไป อย่างไรก็ตามยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินทำให้ระดับฮอร์โมนเปลี่ยนแปลงอาจทำให้เยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะในการฝังตัวของไข่ที่ถูกผสมแล้ว และอาจมีผลต่อการเดินทางของไข่ที่ถูกผสมแล้ว อย่างไรก็ตาม การรับประทานยานี้ภายหลังตั้งครรภ์แล้ว จะไม่มีผลให้การสิ้นสุดการตั้งครรภ์เกิดขึ้นหรือไม่เป็นผลให้เกิดการแท้ง

ข้อควรระวังในการรับประทานยา

- การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินควรรับประทานทันที และคำนึงถึงความสะดวกที่จะรับประทานชุดที่สองด้วย ในอีก 12 ชั่วโมงต่อมา (เช่น รับประทานยาชุดแรก 20 นาฬิกา รับประทานยาชุดที่สอง 8 นาฬิกา เป็นต้น)
- ถ้ารับประทานยาไปแล้วภายใน 2 ชั่วโมง มีการอาเจียน ให้รับประทานยาเพิ่มอีก 1 ชุด ทันที

- ต้องรับประทานยาตามจำนวนเม็ดที่แนะนำไว้ การรับประทานยามากเกินกว่าที่แนะนำไว้จะไม่ช่วยให้ประสิทธิภาพการป้องกันการตั้งครรภ์สูงขึ้น แต่จะทำให้เกิดอาการข้างเคียงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ไม่ควรเลื่อนระยะเวลาการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินออกไปโดยไม่จำเป็น เพราะประสิทธิภาพของยาจะลดลงไปตามระยะเวลาการรับประทานที่เลื่อนออกไป
- รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินพร้อมอาหารหรือนมก่อนนอน เพื่อช่วยลดอาการคลื่นไส้อาเจียน
- ใช้ถุงยางอนามัยจนกว่าจะเริ่มมีประจำเดือนครั้งต่อไป
- ถ้าประจำเดือนมาช้ากว่าปกติ 1 สัปดาห์ ควรทดสอบการตั้งครรภ์

ภาวะแทรกซ้อน

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินใช้เฉพาะ “ภาวะฉุกเฉิน” การใช้ยาเวลาที่สั้น ภาวะแทรกซ้อนจึงไม่น่าจะเกิดขึ้นเหมือนการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบปกติ อาการข้างเคียงที่อาจพบ ได้แก่ อาเจียน ปวดศีรษะ ปวดท้อง เจ็บเต้านม และเลือดออกทางช่องคลอด อาการเหล่านี้มักหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ยกเว้นเลือดออก[5] นอกจากนี้ ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ยังไม่ก่อให้เกิดความพิการในทารก หรือมีอาการแท้งเกิดขึ้นเมื่อรับประทานยาขณะตั้งครรภ์

การปฏิบัติเพื่อแก้ไขอาการคลื่นไส้อาเจียนภายหลังใช้ยา[6] การเกิดอาการคลื่นไส้ภายใน 2 ชั่วโมงหลังรับประทานยา

- กรณีใช้ยาคุมกำเนิดฉุกเฉินชนิดฮอร์โมนรวม ควรรับประทานยาแก้คลื่นไส้ก่อนรับประทานยา ครั้งที่ 2
- หรือ ใช้ยาแก้คลื่นไส้ คือ metoclopamide หรือ dimenhydrinate 1 เม็ด พร้อมยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน ทั้ง 2 ครั้ง

ตารางที่ 1 ประสิทธิผลและอาการข้างเคียงเมื่อใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน 2 วิธี[7]

	Levonorgestrel		**Yuzpe regimen**	
ประสิทธิผล				
อัตราการตั้งครรภ์ (%)	1.1		3.2	
- ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง		0.4		2.0
- ใช้ภายใน 25-48 ชั่วโมง		1.2		4.1
- ใช้ภายใน 49-72 ชั่วโมง		2.7		4.7
ป้องกันการตั้งครรภ์ได้ (%)	85.0		57.0	
- ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง		95		77
- ใช้ภายใน 25-48 ชั่วโมง		85		36
- ใช้ภายใน 49-72 ชั่วโมง		58		31
อาการข้างเคียง (%)				
คลื่นไส้	23.1		50.0	
อาเจียน	5.6		18.8	
เวียนศรีษะ	11.2		16.7	
อ่อนเพลีย	16.9		28.5	

ประสิทธิภาพ

การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินอย่างถูกต้องภายหลังมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันการตั้งครรภ์ พบว่า มีอัตราการตั้งครรภ์เกิดขึ้นได้ร้อยละ 2 ผู้ที่ไม่ได้รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินจะมีโอกาสตั้งครรภ์ประมาณร้อยละ 8 หรือกล่าวได้ว่ายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน สามารถลดภาวะเสี่ยงในการตั้งครรภ์ได้เพียงร้อยละ 75 เท่านั้น [2,3]

โดยสรุปแล้ว ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน มีประสิทธิภาพต่ำกว่าวิธีคุมกำเนิดแบบปกติทั่วๆ ไป ทั้งนี้ เนื่องจากอัตราการตั้งครรภ์ในผู้ที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่เริ่มต้นรับประทานยา และช่วงเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ว่าอยู่ในช่วงใดของรอบเดือน[1] ดังนั้น ถ้านำเอายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมาใช้บ่อยครั้ง จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการล้มเหลวได้ จึงเป็นเหตุผลว่า ทำไมจึงไม่ควรจะนำเอายาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมาใช้เพื่อคุมกำเนิดเป็นประจำ

ข้อบ่งใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน[2]

ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินเหมาะกับสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในภาวะต่อไปนี้

- ภายหลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์
- เมื่อสตรีถูกข่มขืน และสตรีนั้นไม่ได้มีการป้องกันการตั้งครรภ์
- ใช้เป็นวิธีเสริม ถ้าใช้วิธีคุมกำเนิดไม่ถูกต้อง หรือไม่สม่ำเสมอ หรือบังเอิญวิธีคุมกำเนิดที่กำลังใช้อยู่เกิดผิดพลาดหรือล้มเหลว เช่น
  - ถุงยางอนามัยฉีกขาด หรือเลื่อนหลุด
  - เกิดการล้มเหลวในการหลั่งอสุจินอกช่องคลอดขณะร่วมเพศ (เช่น มีการหลั่งน้ำอสุจิในช่องคลอดไปก่อน หรือบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกของสตรี)
  - นับเวลาปลอดภัยสำหรับการร่วมเพศผิดพลาด
  - ห่วงอนามัยหลุด

ข้อมูลจำเป็นที่ผู้รับบริการจะต้องรับทราบ[2]

- ต้องแน่ใจว่าผู้รับบริการยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินไม่ต้องการตั้งครรภ์ และต้องชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบว่า ยังมีโอกาสที่จะตั้งครรภ์ได้ถึงแม้จะใช้ยานี้แล้ว ถ้าแม้จะมีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินจะไม่ก่อให้เกิดความพิการในทารกหรือมีการแท้งเกิดขึ้น
- ชี้แจงให้ผู้รับบริการทราบถึงการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินอย่างถูกต้อง และไม่รับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินมากกว่าที่กำหนด
- แจ้งให้ทราบถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินที่พบบ่อย
- อธิบายให้ผู้รับบริการทราบถึงความจำเป็นที่จะต้องเริ่มต้นรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินซ้ำอีก หากรับประทานยาไปแล้ว 2 ชั่วโมง แล้วเกิดอาเจียน
- ต้องอธิบายจนแน่ใจว่า ผู้รับบริการทราบถึงกลไกการป้องกันการตั้งครรภ์ของยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน เพราะผู้รับบริการมักมีความเข้าใจผิดอยู่เสมอๆ ชี้แจงว่า ถ้ามีเพศสัมพันธ์ซ้ำอีกภายใน 1 สัปดาห์ หลังจากรับประทานยาแล้วต้องรับประทานยาชุดใหม่ เพราะยาที่รับประทานไปแล้วจะไม่สามารถป้องกันการตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งหลังได้ เมื่อมีประจำเดือนมาแล้ว จึงแน่ใจว่าไม่ได้ตั้งครรภ์
- ความเข้าใจผิดเกี่ยวกับประจำเดือนที่พบบ่อยๆ คือ ผู้รับบริการมักเข้าใจว่าเมื่อรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินแล้วจะทำให้มีประจำเดือนมาทันทีทันใด ซึ่งความจริงแล้วไม่ใช่เช่นนั้น
- หากประจำเดือนในรอบเดือนถัดไปไม่มา ให้รีบพบแพทย์

การใช้ห่วงอนามัยที่มีทองแดง (Copper IUDs as emergency contraception)[2]

การให้บริการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินด้วยห่วงอนามัยที่มีทองแดงสามารถใช้ได้ภายใน 5 วัน หลังจากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันการตั้งครรภ์

กลไกป้องกันการตั้งครรภ์

ผลการศึกษาชี้ว่า ห่วงอนามัยที่มีทองแดงประกอบอยู่สามารถป้องกันการผสมของไข่และตัวอสุจิได้ และถ้าใส่ห่วงอนามัยภายหลังไข่ตก จะพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงของเยื่อบุโพรงมดลูก ซึ่งทำให้ไข่ที่ถูกผสมแล้วไม่สามารถฝังตัวได้เนื่องจากเยื่อบุโพรงมดลูกไม่เหมาะสม

ข้อบ่งชี้ในการใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน [8]

ข้อบ่งชี้ในการใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ เช่นเดียวกับการใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิด และมีข้อบ่งชี้เพิ่มเติม ได้แก่

1. เป็นความประสงค์ของผู้รับบริการที่ต้องการใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน
2. ผู้รับบริการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการป้องกันนานกว่า 72 ชั่วโมง ซึ่งประสิทธิภาพของยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินจะต่ำหรือไม่ได้ผล
3. ผู้รับบริการตัดสินใจที่จะเลือกใช้ห่วงอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดระยะยาวด้วย สตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์จะใส่ห่วงอนามัยได้ยากและเกิดอาการเจ็บมากกว่าสตรีที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว ดังนั้น หากไม่มีข้อห้ามหรือความจำเป็นใดๆ ในสตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์ การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินจะเป็นทางเลือกที่ดีกว่า

ข้อห้ามใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน [7]

ไม่สามารถให้ใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินได้ในสตรีที่มีภาวะต่างๆ ดังต่อไปนี้ คือ

- กรณีถูกข่มขืน กระทำชำเรา ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- มีข้อห้ามในการใช้ห่วงอนามัย (ดูรายละเอียดในบทที่ 8 เรื่องห่วงอนามัย)

การนัดติดตาม

การให้คำแนะนำและการนัดติดตามสำหรับผู้ใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินก็มีกระบวนการและข้อกำหนดเช่นเดียวกับการใช้ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบทั่วๆ ไป ต้องกำชับให้ถือเป็นเรื่องสำคัญที่เคร่งครัดในการที่ต้องมาตรวจติดตามอย่างแน่นอนทุกราย

ถ้าประจำเดือนมาช้ากว่ากำหนดภายหลังจากใส่ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ให้คิดว่าผู้รับบริการอาจตั้งครรภ์ จะต้องทำการทดสอบการตั้งครรภ์ให้รู้แน่ชัดก่อน หากพบว่าผู้รับบริการตั้งครรภ์ให้เอาห่วงอนามัยออกและต้องดูแลเช่นเดียวกับผู้ที่รับบริการใส่ห่วงอนามัยเพื่อการคุมกำเนิดตามปกติแล้วตั้งครรภ์

ประสิทธิภาพ

ห่วงอนามัยมีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง มีรายงานว่าเมื่อใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน จะสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ถึง 99 %

การให้คำปรึกษาและการให้ข้อมูล

เมื่อให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดฉุกเฉินแล้ว หากผู้รับบริการตัดสินใจจะใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด ต้องให้ข้อมูลอื่น ๆ เกี่ยวกับห่วงอนามัยเพิ่มเติมไปด้วย รวมถึงการนัดตรวจติดตามเพื่อตรวจสอบดูว่าห่วงอนามัยยังคงอยู่ในที่ที่เหมาะสม หากผู้รับบริการไม่ต้องการที่จะใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิดต่อไป แนะนำให้กลับมาเอาห่วงอนามัยออกเมื่อประจำเดือนมา

สรุป

วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉินในปัจจุบัน 2 วิธี ที่นิยมใช้กัน คือ ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินที่มีโปรเจสโตเจนขนาดสูง หรือยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม และห่วงอนามัย ซึ่งมีประสิทธิผลในด้านการคุมกำเนิดฉุกเฉินได้ดี และสามารถใช้เป็นวิธีคุมกำเนิดต่อไปตามปกติได้ แต่มีข้อจำกัดคือ ต้องใส่ให้โดยผู้ที่ได้รับการอบรมเทคนิคการใส่ห่วงอนามัยมาแล้ว

วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉินมีความจำเป็นเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าของผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิดมาก่อน หรือเกิดความผิดพลาดจากการคุมกำเนิดวิธีอื่น แต่ไม่ควรนำเอายาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินมาใช้เป็นประจำ เพราะอัตราล้มเหลวและภาวะแทรกซ้อนสูงกว่าวิธีมาตรฐานที่ใช้อยู่

เอกสารอ้างอิง

1. Family Health International, Adolescent and emergency contraceptive pills in developing countries, Network May 2005, No. WP05-01
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . การให้บริการและการให้คำปรึกษา “เรื่องการคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน” สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ กรุงเทพมหานคร : กองวางแผนครอบครัวและประชากร กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542. (โดย พญ.สุวรรณา วรคามิน และ สดสวย คณาวัชรากุล แปลและเรียบเรียงจากหนังสือ Emergency Contraception : A guide for service delivery ขององค์การอนามัยโลก คศ.1998.)
3. มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพผู้หญิง (สคส.) ข้อเท็จจริงเรื่องยาคุมฉุกเฉิน. กรุงเทพมหานคร : บริษัทพี เอ็น กรุป . 2548
4. Emergency contraceptive pills : safe and effective but not widely used. Outlook 1996 ; 14 (2) :3-4.
5. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 3rd ed. Geneva : WHO, 2004.

6. World Health Organization. Selective practice recommendation for contraceptive Use . Geneva : WHO , 2002.
7. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomized controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. Lancet 1998; 352 : 428-33.
8. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2546 : 167-85.

บทที่ 11

การทำหมัน
(Sterilization)

กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

การทำหมันชาย

การทำหมันหญิง

ข้อดี และข้อเสียของการทำหมัน

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 11

การทำหมัน
(Sterilization)

กอบกุล ไพศาลอัชพงษ์
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

การทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิดถาวรที่มีประสิทธิภาพสูง สะดวก ปลอดภัย ประหยัด เสียเวลาเพียงครั้งเดียว สามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ตลอดวัยเจริญพันธุ์ แบ่งออกเป็น การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง

การทำหมันชาย ทำได้ง่าย สะดวก ปลอดภัย มีอาการแทรกซ้อนน้อยมาก เมื่อเทียบกับการทำหมันหญิง ปัจจุบันการทำหมันชายมีความนิยมน้อย เนื่องจากฝ่ายชายมักจะฟังข่าวลือที่ผิดๆ ทำให้เกิดความกังวลและกลัว บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสนใจ ทำให้เกิดความกระจ่าง ขจัดข่าวลือเพื่อให้ผู้รับบริการที่สนใจได้ทราบ เข้าใจถูกต้อง และตัดสินใจทำหมันได้อย่างเหมาะสม

การทำหมันหญิงเป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีผู้กำลังใช้มากที่สุด ทั้งในประเทศไทย(1) และทั่วโลก(2) เนื่องจากการทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดถาวร จึงเหมาะสำหรับคู่สมรสที่มีบุตรเพียงพอแล้วเท่านั้น ถ้ายังไม่แน่ใจ ก็ยังไม่ควรทำหมัน เพราะการแก้หมันนั้น แม้ว่าจะทำได้โดยไม่ยากนักแต่ก็เสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายพอสมควรและผลสำเร็จไม่มาก

การทำหมันชาย (vasectomy)

การทำหมันชาย คือ การทำให้ท่ออสุจิทั้งสองข้างเกิดการอุดตันด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้ตัวอสุจิไม่สามารถเข้าไปผสมกับไข่ได้

หลักการและขั้นตอนการทำหมันชาย (3)

1. ให้คำปรึกษา ผู้รับบริการต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดชั่วคราวและถาวร วิธีการทำหมันชาย ข้อดี ข้อเสีย อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น และทราบว่าภายหลังการผ่าตัด

ทำหมัน จะยังไม่เป็นหมันทันที จึงต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่น ประมาณ 3 เดือน หรือจนกว่าการตรวจน้ำอสุจิจะไม่พบตัวอสุจิแล้ว

2. ซักประวัติและตรวจร่างกาย เพื่อดูความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจที่จะทำหมันได้หรือไม่ โดยทั่วๆ ไป ไม่มีข้อห้ามโดยเด็ดขาดสำหรับการทำหมัน ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพดังต่อไปนี้หากจำเป็นจะต้องทำหมัน ต้องทำอย่างระมัดระวัง [4-6]

1) โรคหัวใจ
2) ไส้เลื่อน
3) เส้นโลหิตดำของท่อน้ำอสุจิโป่งพอง ขดหรือขอด
4) เคยผ่าตัดถุงอัณฑะ
5) โรคผิวหนังบริเวณถุงอัณฑะ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่กำลังเป็นอยู่ ควรรักษาให้หายก่อน

3. การเซ็นใบยินยอมผ่าตัดทำหมัน ผู้รับบริการจะต้องเซ็นใบยินยอมผ่าตัด ว่าเป็นการตัดสินใจทำหมันโดยความสมัครใจ

4. เทคนิคการทำหมัน การทำหมันชายในปัจจุบันที่นิยมกัน มี 2 เทคนิค คือ

4.1 การทำหมันชายวิธีดั้งเดิม[3] **(conventional technique)** ใช้มือคลำและจับท่ออสุจิส่วนบนข้างถุงอัณฑะ จับจนได้หนังถุงอัณฑะบางที่สุด คลุมท่ออสุจิไว้ และฉีดยาชา 1 % lidocaine (Xylocaine) แล้วเปิดแผล ทำการผูกและตัดท่ออสุจิ 2 ข้าง ตรวจดูว่ามีเลือดออกหรือไม่ ถ้ามีเลือดออกก็ห้ามเลือดเสร็จแล้วเย็บแผลปิด (อาจจะลงแผลผ่าตัด 2 ข้างของถุงอัณฑะ หรือลงแผลเดียวตรงกลางก็ได้)

4.2 การทำหมันเจาะ[5] **(non-scalpel vasectomy technique)** ใช้เครื่องมือพิเศษ 2 ชนิด ที่พัฒนาขึ้นมา เมื่อฉีดยาชาแล้ว ใช้ vas deference fixing clamp จับถุงอัณฑะส่วนที่หุ้มท่ออสุจิ แล้วใช้ dissecting forceps แทงทะลุผิวหนังเข้าไปถึงท่ออสุจิ แล้วดึงท่ออสุจิออกมาทำการผูกตัด วิธีนี้แผลเล็กมาก เป็นรู ไม่จำเป็นต้องเย็บปิดแผล

คำแนะนำหลังทำหมันชาย [3]

1. ผู้รับบริการสามารถกลับบ้านได้
2. ควรพักผ่อนประมาณ 2 วัน ทำงานเบาๆ ได้ งดเว้นยกของหนักและงดทำงานหนัก 1 สัปดาห์
3. ระวังอย่าให้แผลทำหมันเปียกน้ำ 7 วัน ถ้าแผลถูกน้ำควรทำความสะอาดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรค
4. กรณีที่ต้องตัดไหม นัดให้ผู้รับบริการมาตัดไหมหลังทำหมัน 7 วัน
5. ไม่ควรร่วมเพศใน 10 วันแรกหลังทำหมัน เพราะอาจทำให้ไหมที่ผูกปลายท่ออสุจิด้านลูกอัณฑะหลุดได้ เนื่องจากความดันที่เพิ่มขึ้น ตัวอสุจิที่ออกไปนอกท่อจะทำให้เกิด sperm granuloma และต่อมามี recanalization ทำให้การทำหมันล้มเหลวได้

6. การทำหมันชายจะไม่เป็นหมันทันที จำเป็นที่จะต้องใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น ถุงยางอนามัยในช่วง 3 เดือนแรกหลังทำหมัน หรือจนกว่าจะตรวจไม่พบเชื้ออสุจิในน้ำอสุจิแล้ว

ภาวะแทรกซ้อน (3)

1. จุกเสียดท้องน้อย พบได้ขณะทำหมัน เนื่องจากการดึงท่ออสุจิมาผูกตัด
2. แผลบวมและปวดแผลจากการผ่าตัด เกิดจากเลือดชั้นผิวหนังรอบๆ แผลผ่าตัด อาการจะหายไปเองภายใน 1 สัปดาห์ ถ้าปวดมากให้ยาแก้ปวด
3. การติดเชื้อบริเวณแผลผ่าตัด พบได้น้อยมาก
4. เลือดคั่ง และก้อนเลือดในถุงอัณฑะ ในกรณีที่เย็บแผลและห้ามเลือดไม่ดี
5. ภาวะแทรกซ้อนทางจิตใจ วิตกกังวลว่า จะทำให้เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ควรได้รับการปรึกษาที่ถูกต้องก่อนการทำหมัน

อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์ (3)

1. มีไข้สูงเกิน 38° C หรือ 100.4° F ขึ้นไป (โดยเฉพาะใน 3 วันแรก)
2. บริเวณแผลผ่าตัดมีเลือดออกมาก อักเสบ ติดเชื้อ หรือเป็นหนอง
3. ถุงอัณฑะบวมและปวดมาก
4. สงสัยว่าภรรยาจะตั้งครรภ์

ประสิทธิภาพของการทำหมันชาย

การทำหมันชายมีประสิทธิภาพสูงมากในการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยทั่วๆ ไปแล้ว มีอัตราล้มเหลวเกิดการตั้งครรภ์เพียงร้อยละ 0.15 ในปีแรก(4)

การทำหมันหญิง (female sterilization)

การทำหมันหญิง เป็นวิธีคุมกำเนิดถาวรที่มีผู้นิยมใช้มากวิธีหนึ่ง เป็นวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ปลอดภัย และประหยัดเสียเวลาทำครั้งเดียวได้ผลตลอดไป

กลไกการป้องกันการตั้งครรภ์

การทำหมันหญิง เป็นการทำให้ท่อนำไข่ทั้งสองข้างเกิดการอุดตันด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การผูกแล้วตัดหรือจี้ด้วยไฟฟ้า หรือใช้ห่วงรัด หรือคลิบหนีบท่อนำไข่ เพื่อไม่ให้ไข่เดินทางมาพบกับอสุจิ

ข้อควรระมัดระวังในการทำหมันหญิง

การทำหมันไม่มีข้อห้าม สามารถทำได้แม้ในบางกรณีที่ผู้รับบริการมีโรคประจำตัว หรือมีภาวะเสี่ยงสูงต่อการผ่าตัด แต่ทั้งนี้ต้องได้รับการปรึกษาอย่างดี และผ่านการประเมินจากแพทย์แล้วว่าผลดีที่ได้รับจากการทำหมันมีมากกว่าอันตรายที่จะเกิดขึ้น

ในบางกรณี ผู้รับบริการบางรายอาจยังไม่เหมาะที่จะทำหมันทันที อาจจะต้องเลื่อนการทำหมันออกไปจนกว่าผู้รับบริการมีความพร้อมที่จะทำได้ เช่น[6]

1. มีเลือดออกจากช่องคลอดหาสาเหตุไม่ได้
2. มีการอักเสบของอุ้งเชิงกรานอย่างเฉียบพลัน
3. ไม่แน่ใจการมีบุตรในอนาคตหรือสภาพการสมรสไม่แน่นอน โดยเฉพาะอายุยังน้อย
4. มีโรคประจำตัวที่กำลังอยู่ในระยะอันตราย เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวานที่ยังไม่ได้ควบคุม มารดาหลังคลอดที่ต้องการทำหมันหลังคลอดแต่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจ ตกเลือดหลังคลอด severe pre eclampsia หรือ eclampsia หลังแท้งที่มีการเสียเลือดมาก หรือแท้งติดเชื้อ เป็นต้น ควรรอให้อาการต่างๆ ทุเลา แล้วจึงทำหมัน หรือรอทำหมันแห้งหลังคลอด 6 สัปดาห์ขึ้นไป หรือหลังแท้ง 3 สัปดาห์ขึ้นไป

หลักการและขั้นตอนการทำหมันหญิง

1. ให้คำปรึกษา ผู้รับบริการต้องได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดแบบชั่วคราวและถาวร วิธีการทำหมันหญิง อาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งข้อดีข้อเสีย
2. มีการซักประวัติ ตรวจร่างกาย เตรียมความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจ
3. ผู้รับบริการจะต้องเซ็นใบยินยอมผ่าตัด ยืนยันว่าเป็นการตัดสินใจทำหมันโดยความสมัครใจ

วิธีการทำหมันหญิง

1. ทำหมันหลังคลอด เป็นการทำหมันระหว่างผ่าท้องคลอด หรือภายหลังการคลอดไม่เกิน 72 ชั่วโมง ทำได้ง่ายและสะดวก เนื่องจากมดลูกอยู่ที่ใกล้ระดับสะดือ ทำให้สะดวกในการหาท่อนำไข่ โดยใช้ยาชาเฉพาะที่หรือยาระงับความรู้สึกฉีดเข้าหลอดเลือดดำหรือดมยาสลบ

2. การทำหมันแห้ง เป็นการทำหมันหญิงในช่วงเวลาปกติที่ไม่ตั้งครรภ์ มีหลายวิธี แต่ที่นิยมทำกันมี 2 วิธี

2.1 Minilaparotomy คือ การผ่าตัดแผลเล็กๆ ประมาณ 3 ซม. บริเวณเหนือหัวเหน่า ใช้เครื่องมือยกมดลูก (uterine elevator) สอดเข้าทางช่องคลอด เพื่อยกมดลูกขึ้นมาติดกับผนังหน้าท้อง ทำให้สามารถหาท่อนำไข่มาทำการผูกตัดได้ง่าย

2.2 Laparoscopy เป็นการทำหมันโดยใช้กล้อง เริ่มด้วยการใส่ลมเข้าในช่องท้องแล้วทำการผ่าตัดแผลเล็กๆ บริเวณใต้สะดือ ใช้กล้อง laparoscope (ลาพาโรสโคป) สอดผ่านเข้าไปในช่องท้อง ส่องดูอวัยวะสืบพันธุ์ภายใน แล้วทำให้ท่อนำไข่อุดตัน โดยการจี้ด้วยไฟฟ้า หรือการใช้คลิบหรือห่วงรัด

เวลาที่เหมาะสมในการทำหมันหญิง

1. หลังคลอดทำร่วมกับการผ่าตัดคลอด หรือทำภายใน 72 ชั่วโมงหลังคลอด ถ้าเกินกว่านี้ โอกาสเกิดการอักเสบติดเชื้อมีมาก ควรรอให้ครบ 6 สัปดาห์ แล้วทำหมันแห้งดีกว่า
2. หลังแท้งบุตร ให้ทำหมันหญิงได้ทันที หากไม่มีการอักเสบของอุ้งเชิงกราน
3. ทำช่วงไหนก็ได้

คำแนะนำหลังการทำหมันหญิง

1. ไม่ให้แผลเปียกน้ำ 7 วัน และให้ไปตัดไหมตามนัด
2. สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ ยกเว้นงานหนัก 1 สัปดาห์
3. งดมีเพศสัมพันธ์ 1 สัปดาห์ (ทำหมันแห้ง และทำหมันหลังแท้ง) งดมีเพศสัมพันธ์ 4 สัปดาห์ (ทำหมันหลังคลอด)
4. ถ้ามีอาการปวดบริเวณที่ทำหมัน ให้รับประทานยาแก้ปวด
5. ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น แผลติดเชื้อ มีเลือดออก มีไข้สูง ปวดท้องมาก เป็นต้น ควรไปพบแพทย์

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันหญิง[7]

ภาวะแทรกซ้อนจากการทำหมันหญิง พบว่ามีน้อย ได้แก่

- ก้อนเลือดบริเวณแผลผ่าตัด แผลอักเสบ หรือแผลแยก
- อันตรายจากการใช้ยาชา หรือยาสลบ
- อันตรายต่ออวัยวะภายในอุ้งเชิงกราน
- เลือดออกในช่องท้อง
- การทำหมันด้วย laparoscope อาจจะมีอาการปวดไหล่ 12-24 ชั่วโมง จากมีแก๊สใต้กระบังลม และมีลมในช่องท้องที่เหลือค้างอยู่จากการผ่าตัด

การทำหมันแห้งวิธี minilaparotomy พบภาวะแทรกซ้อนได้น้อยกว่าการทำหมันโดยใช้กล้อง laparoscope

อาการที่ต้องกลับมาพบแพทย์[3]

(1) มีไข้สูงเกิน 38° C หรือ 100.4° F ขึ้นไป
(2) มีอาการปวดท้องตลอดเวลา หรือมีอาการปวดท้องมากขึ้น
(3) มีน้ำหรือเลือดออกจากแผลผ่าตัด
(4) มีอาการตั้งครรภ์ หรือสงสัยว่าตั้งครรภ์

ประสิทธิภาพของการทำหมันหญิง

การทำหมันหญิงมีประสิทธิภาพสูงมาก และได้ผลทันทีภายหลังทำหมัน โดยทั่วๆ ไป พบอัตราการล้มเหลวจากการทำหมันหญิง น้อยกว่าร้อยละ 0.5 ใน 1 ปี[7]

ข้อดีและข้อเสียของการทำหมัน[7]

ข้อดี	ข้อเสีย
- เป็นการคุมกำเนิดถาวรทำครั้งเดียวได้ผลตลอดไป ไม่ต้องการบริการต่อ จึงไม่มีปัญหาเรื่องอัตราการคงใช้ - ไม่มีผลข้างเคียง ซึ่งต่างไปจากวิธีคุมกำเนิดชั่วคราว - ค่าใช้จ่ายต่ำ - ได้ผลในการลดอัตราการเพิ่มประชากรมาก ถ้าทำเมื่ออายุยังน้อย หรือเมื่อมีบุตรจำนวนน้อย ๆ	- ต้องใช้การผ่าตัด ซึ่งอาจจะมีอันตรายบ้าง - ต้องอาศัยบุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม - ต้องใช้เครื่องมือและห้องผ่าตัด - ทำหมันแล้วแก้ไขให้มีลูกได้ยาก - ขัดต่อความเชื่อทางศาสนาบางศาสนา ประเพณี และจิตใจ

สรุป

การทำหมันเป็นวิธีคุมกำเนิดถาวรที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการตั้งครรภ์สูง ค่าใช้จ่ายต่ำเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่สามารถคุมกำเนิดได้นาน ถ้าได้มีความระมัดระวังในการทำหมัน ภาวะแทรกซ้อนจะมีน้อย ผู้ให้บริการควรได้อธิบายให้ผู้รับบริการเข้าใจอย่างถ่องแท้ ขจัดข่าวลือ หรือความเข้าใจผิดต่างๆ ก่อนตัดสินใจทำหมัน

เอกสารอ้างอิง

1. อภิชาติ จำรัสฤทธิรงค์, ปราโมทย์ ประสาทกุล, วรชัย ทองไทย, ฟิลิป เกสต์. การสำรวจภาวะคุมกำเนิด กำเนิดในประเทศไทย พ.ศ.2539. นครปฐม:สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
2. Speroff L, Darney PD. A clinical guide for contraception, 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins, 2005
3. ไพฑูรย์ คชเสนี, กฤษฎา รัตนโอฬาร. การทำหมันชาย. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535 : 405-32.
4. อรรณพ ใจสำราญ. การทำหมันชาย. ใน : สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล, ดำรง เหรียญประยูร, สมชัย นิรุตติศาสน์, อรรณพ ใจสำราญ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์ - นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2543 : 292-304.
5. No-scalpel vasectomy : a training curriculum for surgean, 3rd ed. New york :Engender Health, 2003.
6. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva : Reproductive Health and Research, World Health Organization, 2004.
7. สุวชัย อินทรประเสริฐ, ประทักษ์ โอประเสริฐสวัสดิ์. การทำหมันหญิง. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535 : 447-73.

บทที่ 12

การคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง
(Post partum and Post abortion Contraception)

สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

คำนำ

การคุมกำเนิดหลังคลอด

การคุมกำเนิดหลังคลอดวิธีอื่นๆ

การคุมกำเนิดหลังแท้ง

สรุป

เอกสารอ้างอิง

บทที่ 12

การคุมกำเนิดหลังคลอดและหลังแท้ง
(Post partum and Post abortion Contraception)

สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

คำนำ

การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดควรดำเนินการตั้งแต่ระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อให้สามารถใช้ได้ทันทีภายหลังคลอด ระยะหลังคลอดมารดาจะใช้เวลาส่วนใหญ่กับทารก วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมจึงควรเป็นวิธีที่ประสิทธิภาพสูง ใช้สะดวก ไม่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน ไม่เกิดอันตรายต่อทารกที่เลี้ยงด้วยนมมารดา

เนื่องจากน้ำนมมารดาเป็นอาหารที่มีคุณค่าและเหมาะสมที่สุดในการเลี้ยงทารก ธรรมชาติจึงมีบทบาทสำคัญที่ช่วยลดโอกาสตั้งครรภ์ของสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เปิดโอกาสให้ทารกได้ดื่มนมมารดาเป็นระยะเวลานานๆ ได้ โดยไม่เกิดปัญหาจากการตั้งครรภ์ครั้งใหม่ ซึ่งจะมีผลให้น้ำนมมารดาหลั่งน้อยลงจนหยุดหลั่ง นอกจากนี้ การเว้นระยะห่างของการตั้งครรภ์ยังเป็นผลดีให้สุขภาพของมารดาได้กลับคืนสู่ภาวะปกติ ส่วนทารกก็เติบโตและแข็งแรงขึ้นกว่าเมื่อแรกคลอด จึงควรสนับสนุนการคุมกำเนิดวิธีธรรมชาติด้วยวิธีเลี้ยงดูบุตรด้วยน้ำนมมารดา[1,2]

สตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ส่วนใหญ่พบว่าจะมีไข่ตกและมีระดูประมาณ 15 สัปดาห์หลังคลอด และอาจเกิดเร็วกว่านี้เพียง 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ถ้าไม่ใช้วิธีคุมกำเนิดจะมีร้อยละ 50 ของสตรีเหล่านี้ตั้งครรภ์ใหม่ราว 6-7 เดือนหลังคลอด[2]

ในสตรีหลังแท้งบุตรไม่ว่าจะเป็นการแท้งเองหรือทำแท้ง การตกไข่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ 2 สัปดาห์หลังแท้งบุตร เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของระบบสืบพันธุ์ของสตรีที่แท้งยังไม่มากเท่าสตรีที่ตั้งครรภ์ครบกำหนดการกลับคืนสู่ภาวะการเจริญพันธุ์จึงเกิดได้เร็วกว่า หลังแท้งสตรีจึงควรได้รับคำปรึกษาเรื่องการคุมกำเนิดก่อนออกจากโรงพยาบาล การคุมกำเนิดไว้ก่อนเพื่อรอให้ร่างกายและจิตใจได้ปรับสู่สภาพปกติก่อนการตั้งครรภ์ครั้งใหม่

การคุมกำเนิดหลังคลอด

การคุมกำเนิดโดยวิธีเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (lactational amenorrhea method, LAM)

หลังคลอดใหม่ๆ สตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาสามารถใช้พฤติกรรมนี้เป็นวิธีคุมกำเนิดตามธรรมชาติได้ด้วย แต่ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ต้องมีครบ 3 ข้อ ได้แก่ [1]

1. ทารกต้องรับการเลี้ยงดูด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียวตลอด 24 ชั่วโมง หรืออย่างน้อยร้อยละ 90 ของอาหารทารกต้องเป็นน้ำนมมารดา
2. มารดาอยู่ในภาวะยังไม่มีประจำเดือนมา (เลือดที่ออกกะปริดกะปรอยภายใน 56 วันหลังคลอดไม่นับเป็นประจำเดือน)
3. ทารกต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน

ปัจจัยทั้ง 3 นี้ หากขาดไปแม้เพียงข้อเดียว ประสิทธิภาพจะไม่แน่นอน จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างอื่นร่วมด้วย

มีผู้ทำการศึกษาพบว่า สตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาจะเริ่มมีไข่ตก (ovulation) ก่อนมีประจำเดือนร้อยละ 33-45 ภายใน 3 เดือนแรก ร้อยละ 64-71 ภายใน 4-12 เดือน และร้อยละ 87 ภายหลัง 12 เดือน [3] การมีเพศสัมพันธ์หลังคลอดบุตรมีโอกาสตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ผ่านไป

กลไกการคุมกำเนิด

การที่บุตรดูดน้ำนมจากหัวนมมารดาทำให้เกิดกลไกกดการทำงานของรังไข่อย่างไรนั้นยังไม่เป็นที่เข้าใจกันดีนัก มีผู้ให้คำอธิบายว่าอาจเกิดจาก 2 ขบวนการ[4] ขบวนการหนึ่งคือ การที่ทารกดูดน้ำนมจากหัวนมมารดาอาจส่งผลไปยังสมองห้ามการหลั่งฮอร์โมนที่จะกระตุ้นให้ไข่ตก[4] อีกขบวนการหนึ่งคือ ขณะที่ทารกดูดหัวนมมารดาอาจกระตุ้นให้มีฮอร์โมนโปรแลคตินหลั่งออกมามาก ซึ่งฮอร์โมนนี้จะกดการหลั่งฮอร์โมนเอสโตรเจนและกดการตกไข่ [1,4]

ประสิทธิภาพของวิธี LAM [3]

ถ้าใช้อย่างถูกต้องตามทฤษฎี (perfect use) โอกาสตั้งครรภ์ใน 6 เดือนแรก มีร้อยละ 0.5 ตามการใช้จริง (typical use) โอกาสตั้งครรภ์ใน 6 เดือนแรกมีร้อยละ 2 สตรีที่เกิดความไม่มั่นใจหลังมีเพศสัมพันธ์ แนะนำให้ใช้ยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินร่วมด้วย (ควรเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว)

โดยรวมแล้วถือว่าวิธี LAM ได้ผลดีมากในการคุมกำเนิด หรือเว้นระยะการมีบุตรในระดับประชากร แต่สำหรับสตรีแต่ละรายแล้วต้องถือว่าวิธีนี้ประสิทธิภาพไม่แน่นอนนัก[2]

มารดาที่เหมาะสมต่อการใช้ LAM [1]

- สตรีหลังคลอดไม่เกิน 6 เดือน ที่ยังไม่มีระดูมา และเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว
- สตรีที่ไม่มีโรคติดเชื้อในกระแสโลหิตซึ่งสามารถติดต่อไปยังทารกได้ทางน้ำนมมารดา

ข้อดีของ LAM [1,2,5]

- ด้านจิตใจ
  - สร้างความรู้สึกผูกพันระหว่างมารดาและบุตร
- สุขภาพของมารดา
  - การตกไข่เกิดช้ากว่าสตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา
  - ลดความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งรังไข่และมะเร็งมดลูก
  - อาจมีผลป้องกันมะเร็งเต้านมได้บ้างถ้าให้นมบุตรในระยะยาว
- สุขภาพของบุตร
  - ได้อาหารธรรมชาติที่มีคุณประโยชน์ที่สุด
  - ได้รับภูมิต้านทานโรคผ่านทางน้ำนมมารดาที่สำคัญมาก คือ ภูมิต้านทานโรคท้องร่วง โรคอื่นๆ ที่ได้ผลพอสมควร เช่น โรคทางเดินหายใจ โรคระบบปัสสาวะ โรคหูน้ำหนวก เป็นต้น
  - น้ำนมมารดาสำคัญต่อชีวิตทารกในพื้นที่ที่ไม่มีน้ำสะอาดใช้ หรือนมผสมมีไม่เพียงพอ ด้านเศรษฐกิจ
  - เป็นการประหยัดอย่างดียิ่ง ทำให้ครอบครัวไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อซื้อนมผสม ไม่ต้องเปลืองเวลาเตรียมขวดนม และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการคุมกำเนิดด้วย

ข้อด้อยของ LAM [1]

- ด้านจิตใจ
  - ผู้เป็นมารดามักเกิดความวิตกกังวลจากการเปียกชื้นของเสื้อผ้าบริเวณหัวนมขณะอยู่ในที่สาธารณะ
  - อาการคัดตึงเต้านมอาจรบกวนความเป็นอยู่หรือการมีเพศสัมพันธ์
  - ภาวะฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ อาจทำให้ช่องคลอดแห้ง เกิดอาการเจ็บขณะมีเพศสัมพันธ์
  - ผู้เป็นมารดามือใหม่หลายราย จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุน และกำลังใจจากครอบครัว
- สุขภาพมารดา
  - ไม่สามารถจะบอกได้ว่าระดูจะกลับมาเมื่อไร และเมื่อระดูมาครั้งแรกก็มักจะมีการตกไข่เกิดขึ้นก่อนด้วย
  - ขณะไปทำงานต้องใช้เวลา / หาสถานที่ เพื่อปั๊มน้ำนมออก
  - ความจำเป็นที่ต้องให้บุตรดูดนมบ่อย ๆ อาจทำให้มารดารู้สึกไม่สะดวก
  - เมื่อทารกอายุเกิน 6 เดือน ประสิทธิภาพด้านคุมกำเนิดจะลดลงอย่างมาก

- ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ได้
- ถ้าให้บุตรดูดนมมารดาขณะมีอาการเจ็บหัวนมหรือเต้านมอาจทำให้เกิดการอักเสบได้
- สำหรับมารดาที่มีโรค หรือภาวะที่จะเกิดอันตรายร้ายแรงต่อสุขภาพ ถ้ามีการตั้งครรภ์ ควรได้รับคำแนะนำให้ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพดีวิธีอื่นร่วมด้วย ไม่ควรใช้วิธี LAM อย่างเดียว [6]

ข้อห้ามเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา [1, 6]

- มารดาที่มีโรคติดเชื้อซึ่งสามารถติดต่อไปยังทารกได้ทางน้ำนมมารดา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง มารดาที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ซึ่งทารกร้อยละ 14-29 จะติดโรคได้จากการดื่มน้ำนมมารดา แม้ยาต้านไวรัสจะช่วยลดความเสี่ยงนี้ลงได้บ้างก็ตาม
- เด็กที่มีความผิดปกติบางอย่างซึ่งไม่เหมาะต่อการให้นมมารดา เช่น เด็กปากแหว่ง เพดานโหว่ เด็กคลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยที่เอาออกนอกตู้อบไม่ได้ เด็กที่มี metabolic disorder

หมายเหตุ มารดาที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีนั้น ถึงแม้เชื้อผ่านทางน้ำนมได้ แต่ก็สามารถเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาได้ ถ้าบุตรได้รับภูมิต้านทาน (immunoglobulin) ต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบบีแล้ว[7]

ปัญหา / ภาวะแทรกซ้อนของ LAM และการแก้ไข [1]

- น้ำนมไม่มากพอ
  - หลังคลอดใหม่ๆ 1-3 วันแรก น้ำนมจะน้อย ควรให้ทารกดูดนมแม่โดยเร็วตั้งแต่หลังคลอดใหม่ๆ ทุก 2-3 ชั่วโมง เพื่อกระตุ้นการสร้างน้ำนม ส่งเสริมให้บุตรดูดนมบ่อยๆ (8-10 ครั้ง / วัน)
  - ส่วนใหญ่เกิดจากให้ทารกดื่มนมไม่มากพอ ให้ทารกดูดหัวนมปลอม มารดาอ่อนเพลีย หรือเครียด มารดาควรรับประทานอาหารที่มีคุณค่าในปริมาณที่เพียงพอ พักผ่อนให้มาก ดื่มน้ำมากๆ และรับประทานวิตามินและธาตุเหล็กที่เคยได้รับตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ต่ออีกระยะหนึ่ง
  - อย่าปล่อยให้เต้านมคัด เพราะการคัดจะทำให้ปริมาณน้ำนมลดน้อยลง
  - ควรหลีกเลี่ยงยาคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน
- เจ็บหัวนม
  - ควรสวมเสื้อพยุงทรงที่เหมาะสม ไม่คับหรือหลวมเกินไป
  - บ่อยครั้งเกิดเพราะส่วนของหัวนมเข้าไปในปากทารกไม่ลึกพอ น้อยครั้งจะเกิดจากการติดเชื้อ
  - ก่อนเอาหัวนมออกจากปากทารก ควรรอให้เลิกดูดก่อน

- ฝึกเปลี่ยนท่าทารกขณะให้ดูดนม เพื่อเปลี่ยนจุดที่จะถูกดูดอย่างแรงไปเรื่อยๆ
- เมื่อทารกเลิกดูด ควรปล่อยให้หัวนมแห้งเองโดยไม่ต้องล้าง จะช่วยลดการติดเชื้อและเจ็บหัวนม หลังจากแห้งแล้วควรป้ายหัวนมด้วยลาโนลิน จะบรรเทาอาการเจ็บ
- ถ้าจะทำความสะอาดหัวนมควรล้างด้วยน้ำสะอาดเท่านั้น
- การใช้ถุงเย็นประคบจะช่วยลดอาการเจ็บได้

- เจ็บเต้านม
  - ใส่เสื้อพยุงทรงที่ขนาดเหมาะสม ไม่แน่นเกินไป และไม่มีโครงที่เป็นโลหะ
  - ประคบร้อนบริเวณที่เจ็บ
  - ให้ทารกดูดบ่อยๆ หรือปั๊มน้ำนมที่เหลือออก
  - แนะนำมารดาให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ
  - ถ้าเต้านมเกิดมีผื่นแดง มีไข้ หรือมีอาการ หรืออาการแสดงของการติดเชื้อควรพบแพทย์
- อื่นๆ
  - ปัญหาของ LAM อาจเกิดจากความเครียด กลัว ไม่มั่นใจ ขาดการให้คำแนะนำหรือส่งเสริมจากคู่สมรสหรือบุคคลในครอบครัว หรือเกิดจากมารดาขาดโภชนาการที่เหมาะสมและ / หรือเพียงพอ

การคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์ [1]

เมื่อหยุดการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สตรีผู้นั้นก็จะกลับคืนสู่ภาวะเจริญพันธุ์ตามปกติ

การคุมกำเนิดหลังคลอดวิธีอื่นๆ

มีผู้ทำการศึกษาพบว่าร้อยละ 30-70 ของสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา จะเริ่มมีไข่ตกประมาณ 4 สัปดาห์ก่อนระดูกลับคืนมาครั้งแรก และพบว่าสตรีที่ใช้วิธี LAM เกิดตั้งครรภ์ภายใน 6 เดือนแรกหลังคลอด น้อยกว่าร้อยละ 2[2] ในสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว การตกไข่มักจะไม่เกิดขึ้นก่อน 10 สัปดาห์หลังคลอด[8] ระหว่างนี้จึงไม่มีความจำเป็นต้องใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย แต่เมื่อไรก็ตามที่ทารกเริ่มได้นมผสมหรืออาหารเสริม ซึ่งทำให้อาหารของทารกมีอัตราส่วนของน้ำนมมารดาไม่ถึงร้อยละ 90 หรือมารดากลับมีระดูแล้ว หรือทารกอายุเกิน 6 เดือน สตรีผู้นั้นจำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมด้วย มิฉะนั้นแล้วมีโอกาสสูงที่จะเกิดตั้งครรภ์ใหม่ ถ้ายังไม่มีระดูมา สตรีผู้นั้นอาจเลือกใช้ถุงยางอนามัยคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ รอจนกว่าระดูกลับคืนมา

สตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา อาจมีไข่ตกได้ตั้งแต่เพียง 4 สัปดาห์หลังคลอด[2, 8] สตรีกลุ่มนี้ถ้าเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมน ควรเริ่มในสัปดาห์ที่ 3 หลังคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงผลของเอสโตรเจนที่อาจทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือด (thromboembolism) ในระยะหลังคลอดใหม่ๆ ซึ่งมีรายงานเกิดขึ้นในสตรีชาวตะวันตก และหลีกเลี่ยงผลของโปรเจสตินอย่างเดียวซึ่งอาจทำให้มีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้นาน [1] อีกทั้งยังไม่พบว่าการตกไข่เกิดขึ้นก่อน 4 สัปดาห์หลังคลอด ทารกที่ครบกำหนดด้วย จึงไม่มีความจำเป็นต้องเพิ่มความเสี่ยงเหล่านี้[8]

คำแนะนำและการให้บริการคุมกำเนิดหลังคลอด

จะขอแบ่งกล่าวเป็น 3 ระยะ คือ ระยะหลังคลอดใหม่ๆ ก่อนกลับบ้าน และเมื่อมาตรวจ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด

ระยะหลังคลอดใหม่ๆ

อาจใช้วิธีคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร คือ ใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิด หรือวิธีคุมกำเนิดแบบถาวร คือ การทำหมัน

- **การใส่ห่วงอนามัย** สามารถใส่ได้ทันทีภายใน 10-20 นาทีหลังรกคลอด [1,10,11] หรือใส่ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด[11] ระยะนี้ยังไม่ควรใช้ห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินในสตรีที่ต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เพื่อหลีกเลี่ยงอันตรายที่อาจเกิดกับทารก แม้ขณะนี้จะยังไม่มีรายงานเรื่องนี้ก็ตาม [1, 9] ข้อดีของการใส่ห่วงทันทีหลังคลอด ช่วยให้ผู้เป็นมารดาไม่ต้องเสียเวลากลับมารับบริการใหม่ การศึกษาข้อมูลจากหลายประเทศพบว่า อาการข้างเคียงและภาวะแทรกซ้อนของการใส่ห่วงระยะนี้ไม่แตกต่างจากการใส่ห่วงอนามัยในระยะปกติ[11] ข้อด้อยคือ การใส่ห่วงระยะนี้มีโอกาสห่วงหลุดสูงจากการบีบตัวอย่างแรงของมดลูกหลังคลอด[1, 11]

  ข้อห้ามของการใส่ห่วงอนามัยระยะหลังคลอด ได้แก่ สตรีที่เกิดติดเชื้อ หรือมีการอักเสบของอวัยวะสืบพันธุ์ระหว่างการคลอดหรือระยะหลังคลอด หรือสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การคลอดเนิ่นนานผิดปกติ การคลอดยากและต้องใช้เครื่องมือช่วยคลอด[11]

- **การทำหมัน** เหมาะสำหรับผู้ที่มีบุตรเพียงพอแล้วไม่ต้องการมีเพิ่มอีก การทำหมันระยะหลังคลอดก็เช่นเดียวกันกับการทำหมันในภาวะอื่นๆ ผู้รับบริการและคู่สมรสจำเป็นต้องได้รับคำชี้แจงอย่างชัดเจนว่าเป็นการคุมกำเนิดแบบถาวร รวมถึงผลที่เกิดตามมาทั้งในระยะสั้นและยาว อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการผ่าตัดทำหมันและความเป็นไปได้ที่จะเกิดตั้งครรภ์อีกหลังทำหมัน ซึ่งอาจเป็นการตั้งครรภ์ปกติ หรือตั้งครรภ์นอกมดลูก

  การทำหมันหลังคลอด สามารถทำได้ทันทีหลังคลอดหรือทำพร้อมกับการผ่าตัดคลอด โดยทั่วไปจะทำภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด เนื่องจากทำผ่าตัดได้ง่าย และผู้รับการผ่าตัดไม่ต้องเสียเวลาอยู่โรงพยาบาลนานกว่าหลังคลอดปกติ หากมีความจำเป็นอาจจะทำหลังจากนี้ได้แต่ไม่ควรเกิน 7 วันหลังคลอด [1,10,12]

ก่อนกลับบ้าน

- แนะนำให้งดร่วมเพศจนกว่าจะมาตรวจหลังคลอดแล้ว 4-6 สัปดาห์ และควรงดการร่วมเพศอย่างเด็ดขาดขณะน้ำคาวปลายังไม่หมดเพราะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- ส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้ถึงประโยชน์และผลพลอยได้ของการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาโดยเป็นการคุมกำเนิดตามธรรมชาติวิธี LAM แก่มารดาที่สนใจได้ด้วย หรือแนะนำให้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียว เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดเมื่อกลับมาตรวจ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด (depo medroxy progesterone acetate, DMPA) ยาเม็ดคุมกำเนิด (progestin only pills, POPs)

● สตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา แนะนำให้เริ่มใช้วิธีคุมกำเนิดหลังคลอดแล้ว 3-4 สัปดาห์ ผู้ที่ต้องการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด สามารถใช้ได้ทั้งฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ยาเม็ด POP หรือฮอร์โมนรวมที่มีทั้งเอสโตรเจนและโปรเจสติน การที่ไม่แนะนำให้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด เพื่อหลีกเลี่ยงผลของเอสโตรเจนที่อาจทำให้เกิดเส้นเลือดอุดตันในสตรีหลังคลอด และผลของโปรเจสตินอย่างเดียวที่อาจทำให้เกิดเลือดออกกะปริดกะปรอยนานกว่าระยะของการมีน้ำคาวปลา [1]

สตรีหลังคลอดทุกราย สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดด้วยถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้ขณะที่ประจำเดือนยังไม่กลับมา การใช้ถุงยางอนามัยนอกจากช่วยป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว ยังช่วยป้องกันการติดโรคจากเพศสัมพันธ์ด้วย

ระยะมาตรวจ 4 - 6 สัปดาห์หลังคลอด

ควรส่งเสริมการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดาโดยยังคงปัจจัยสำคัญครบทั้ง 3 ข้อ ดังกล่าวข้างต้นต่อไป จนครบ 6 เดือน หรือจนกว่าจะกลับมีระดู ถ้าไม่สามารถคงปัจจัยครบทั้ง 3 ข้อ จำเป็นต้องเสริมด้วยวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอย่างอื่น[1, 8]

● ถุงยางอนามัย สามารถใช้ได้ทุกครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่มีผลกระทบต่อน้ำนมมารดา และยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย สตรีบางคนเลือกใช้เป็นวิธีคุมกำเนิดชั่วคราวร่วมกับการให้น้ำนมบุตรจนกว่าระดูกลับคืนมา

● วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉิน สามารถใช้ได้ถ้าการร่วมเพศเกิดขึ้นภายในระยะเวลาที่วิธีนี้ยังคงได้ผลดี อยู่ อาการข้างเคียงเกิดน้อย ถ้าเลือกใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉินควรเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินอย่างเดียว เพื่อไม่ให้ปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดาลดลง

● การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด ควรเลือกชนิดที่มีโปรเจสตินเพียงอย่างเดียว อาจจะเป็นยาฉีด DMPA หรือยาเม็ด POP ยาฝังคุมกำเนิด เป็นต้น ซึ่งสามารถใช้ได้กับมารดาระยะนี้ เพราะไม่มีผลต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดา และไม่ทำให้เกิดผลเสียต่อทารก [1, 7, 9]

● วิธีคุมกำเนิดโดยใช้ฮอร์โมนรวม เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดทุก 1 เดือน ยาแปะผิวหนัง ยังไม่แนะนำให้ใช้สำหรับสตรีที่ยังต้องการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาต่อไป เนื่องจากหลายการศึกษาพบว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลลดทั้งปริมาณและสารอาหารในน้ำนมมารดา [1,8,9,13,14] แต่สำหรับมารดาที่ไม่สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียวได้ การตัดสินใจคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนรวมก็ดีกว่าการไม่ใช้วิธีใดเลย อีกทั้งปริมาณเอสโตรเจนที่ออกมาในน้ำนมมีน้อยและยังไม่พบว่าเป็นอันตรายต่อทารก [13,14] และเป็นการดีกว่าถ้าเลือกใช้ยาคุมชนิดฮอร์โมนรวมที่มีเอสโตรเจนต่ำ

- การใช้ห่วงอนามัยคุมกำเนิด ระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดเป็นเวลาที่สามารถใส่ห่วงอนามัยคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัย ไม่ว่าจะเป็นชนิดที่มีขดลวดทองแดง หรือชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินเป็นส่วนประกอบ เนื่องจากมดลูกกลับสู่ขนาดปกติแล้ว โอกาสที่จะเกิดมดลูกทะลุจากการใส่ห่วง หรือห่วงอนามัยหลุดหลังใส่มีน้อย แม้จะมีบางการศึกษาแนะนำให้ใส่ระยะ 8-12 สัปดาห์หลังคลอดแทน เพราะการใส่ห่วงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอด ทำให้เกิดมดลูกทะลุได้ [11] แต่หลายการศึกษาไม่เห็นด้วยและสนับสนุนว่าการใส่ห่วงระยะ 6 สัปดาห์ปลอดภัยดี [8] ข้อดีอีกอย่างหนึ่งของการใส่ห่วงอนามัยระยะนี้ คือ สตรีผู้รับบริการไม่ต้องเสียเวลากลับมาใส่ห่วงใหม่อีก
- การทำหมัน การผ่าตัดทำหมันหญิงในระยะนี้นับว่าเป็นการทำหมันแห้งเพราะมดลูกกลับสู่ขนาดปกติแล้ว เหมาะสำหรับสตรีที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก

ถ้าฝ่ายชายตกลงใจรับการผ่าตัดทำหมัน ก็สามารถทำได้ทันทีเมื่อมีความพร้อม แต่หลังผ่าตัดยังต้องคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นร่วมด้วยอีกประมาณ 3 เดือน จึงจะได้ผล

การตัดสินใจทำหมันไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย จำเป็นต้องได้รับคำชี้แจงที่ชัดเจนครบถ้วนถึงวิธีการผ่าตัด ผลดี ผลเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงการเป็นหมันอย่างถาวร ก่อนลงมือผ่าตัดแพทย์ควรได้รับการยืนยันจากผู้ต้องการทำหมันอีกครั้ง [1,8,10] มีรายงานว่าหลังทำหมันสตรีร้อยละ 10 ต้องเสียใจในภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีอายุไม่ถึง 30 ปี และบุรุษราวร้อยละ 1 ต้องเสียใจที่ทำหมัน[1] ดังนั้นในสตรีที่อายุน้อยจึงควรแนะนำให้คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นๆ ไปก่อน นอกจากนี้โอกาสที่จะตั้งครรภ์จากการแก้หมันมีไม่มาก พบว่าการผ่าตัดแก้หมันชายสามารถเกิดการตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 45-60 และการผ่าตัดแก้หมันหญิงประสบผลสำเร็จร้อยละ 50-80 [8]

ในสตรีที่ไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา เมื่อมาตรวจ 4-6 สัปดาห์หลังคลอด ก็สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพวิธีใดก็ได้ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น รวมทั้งการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนรวม เพราะไม่ต้องกังวลกับปัญหาของน้ำนมไม่พอเลี้ยงบุตรหรือน้ำนมด้อยคุณค่าแต่อย่างใด

การคุมกำเนิดหลังแท้ง

หลังแท้งบุตรเพียง 2-3 สัปดาห์ สตรีอาจมีไข่ตกได้แล้ว[13] เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ สตรีหลังแท้งบุตรจึงควรได้รับการปรึกษาและคุมกำเนิดโดยเร็ว สตรีหลังแท้งบุตรสามารถเลือกคุมกำเนิดวิธีใดก็ได้ที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพเช่นเดียวกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ เพราะไม่มีปัญหาที่ต้องกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรดังสตรีหลังคลอด วิธีคุมกำเนิดเกือบทุกวิธีสามารถใช้ได้ทันทีตั้งแต่หลังแท้ง หรือเมื่อมารับการตรวจติดตามหลังแท้ง หรือเมื่อใดก็ตามที่ยังไม่มีการตั้งครรภ์ใหม่หรือไม่มีภาวะซึ่งไม่เหมาะสมต่อวิธีคุมกำเนิดที่เลือก การคุมกำเนิดอาจเลือกแบบชั่วคราว กึ่งถาวร หรือถาวรก็ได้ โดยพิจารณาจากความต้องการที่จะมีบุตรอีกหรือไม่ หรือต้องการมีบุตรเมื่อไร เร็ว หรือช้า ในสตรีที่ต้องการมีบุตรเร็วควรใช้วิธีคุมกำเนิดชั่วคราวระยะสั้นๆ เช่น ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด แผ่นแปะผิวหนัง ถ้าต้องการคุมระยะยาวควรเลือกวิธีที่คุมกำเนิดได้นาน เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝัง หรือห่วงอนามัย[15] และถ้ามีบุตรพอแล้ว อาจจะเลือกวิธีทำหมันเลย อย่างไรก็ตาม หลังแท้งสัปดาห์แรกควรงดการร่วมเพศ[1] เพื่อให้เลือดที่ตกค้างอยู่ในโพรงมดลูกออกหมดก่อนเพื่อหลีกเลี่ยงการติดเชื้อ

- **ถุงยางอนามัย** สามารถใช้ได้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ถ้าไม่มีการแพ้สารที่ใช้ทำถุงยางอนามัย และยังสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย

- **ยาเม็ดคุมกำเนิด** สามารถใช้ได้ทั้งชนิดฮอร์โมนรวมหรือชนิดมีโปรเจสตินเพียงอย่างเดียว สตรีที่เลือกใช้ควรได้รับคำปรึกษาแนะนำให้ใช้อย่างสม่ำเสมอ

- **แผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด** ผู้ใช้ควรได้รับคำแนะนำเรื่องแปะแผ่นยาอย่างถูกต้อง[15]

- **ยาฉีดคุมกำเนิด** สามารถใช้ได้ทันทีหลังแท้ง[1,15] เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดระยะยาว สตรีผู้เลือกใช้ควรได้รับคำแนะนำถึงภาวะเจริญพันธุ์ที่อาจกลับคืนมาช้ากว่าวิธีอื่น

- **ยาฝังคุมกำเนิด** สามารถใช้ได้ภายใน 7 วัน ตั้งแต่หลังแท้งหรือขูดมดลูกโดยรอให้เลือดหยุดก่อนเนื่องจากอาจมีเลือดออกกระปริดกระปรอยได้หลังฝังยา เหมาะสำหรับสตรีที่ต้องการคุมกำเนิดเป็นเวลานาน 3 ปี ขึ้นไป

- **ห่วงอนามัย** สามารถใช้ได้ทั้งชนิดมีขดลวดทองแดง หรือชนิดที่มีฮอร์โมนโปรเจสตินเป็นส่วนประกอบ สามารถใส่ได้ทันทีหลังแท้ง ถ้าไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือมีการติดเชื้อ แต่ถ้าเป็นการแท้งเมื่ออายุครรภ์เกิน 9 สัปดาห์[1] หรือในไตรมาสที่สอง[15] ควรรอให้มดลูกกลับสู่ขนาดปกติก่อนมิฉะนั้นห่วงจะหลุดง่าย

- **การทำหมัน** เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการมีบุตรอีก และไม่ว่าจะเป็นหญิงหรือชาย ควรได้รับคำปรึกษาแนะนำให้ทราบชัดเจนถึงการเป็นหมันอย่างถาวร วิธีการผ่าตัด ภาวะแทรกซ้อน ผลระยะสั้นและระยะยาว การตัดสินใจจะทำหมันไม่ควรรีบร้อน หรือตัดสินใจขณะจิตใจไม่ปกติจากการสูญเสียหรือตัดสินใจภายใต้ความกดดันใดๆ[15] โดยเฉพาะในสตรีอายุต่ำกว่า 30 ปี[1] ถ้ายังไม่แน่ใจควรใช้การคุมกำเนิดวิธีอื่นไปก่อน เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา

สรุป

ในระยะหลังคลอด การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีคุณประโยชน์มากมาย นอกจากน้ำนมมารดาจะเป็นอาหารที่ดีเลิศต่อทารกแล้วยังสร้างความผูกพันของมารดาและบุตร สร้างภูมิคุ้มกันโรคแก่บุตร และยังมีผลพลอยได้เป็นวิธีคุมกำเนิดตามธรรมชาติที่ปลอดภัยต่อมารดาและต่อบุตร และอีกทั้งเป็นการช่วยประหยัดทางเศรษฐกิจด้วย การคุมกำเนิดหลังคลอดโดยวิธี LAM จะได้ประสิทธิภาพดี ต้องมีปัจจัยครบ 3 ข้อ ได้แก่ อาหารทารกต้องเป็นน้ำนมมารดาไม่น้อยกว่าร้อยละ 90 มารดายังไม่มีประจำเดือนคืนมาและทารกต้องมีอายุไม่เกิน 6 เดือน หากขาดข้อใดข้อหนึ่งจำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดอื่นร่วมกับ LAM

ส่วนสตรีหลังแท้งบุตรควรได้รับการปรึกษาและบริการคุมกำเนิดโดยเร็ว เพราะภาวะไข่ตกอาจเกิดขึ้นได้เพียง 2 สัปดาห์หลังแท้งบุตร และเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ทันวางแผน หรือไม่ต้องการการคุมกำเนิดหลังแท้งสามารถเลือกวิธีที่มีประสิทธิภาพวิธีใดก็ได้ที่ไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ สามารถใช้ได้อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ โดยพิจารณาจากความต้องการมีบุตรอีก หรือไม่ต้องการตั้งครรภ์ใหม่โดยเร็วหรือต้องการชะลอออกไปเป็นปี

เอกสารอ้างอิง

1. Hatcher RA, Zieman M, Cwiak C, Darney PD, Creinin MD, Stosur HR. Managing contraception. 2004-2005 For Your Pocket. 7th ed. USA: Bridging the Gap Foundation; 2004
2. Hower PW. Lactation. In: Chamberlain G, Steel P, editors. Turnbull's obstetrics. 3rd ed. London : Churchill Livingstone; 2001:647-61.
3. Kennedy KI, Trussel J. Postpartum contraception and lactation. In: Hatcher RA, Trussel J, Stewart F et al. Contraceptive technology. 17th ed. New York: Ardent Media Inc;1998:592-4
4. Mc Neilly AS, Tay CCK, Glasier A. Physiological mechanism underlying lactational amenorrhoea. Ann NY Acad Sci 1994; 709 :145-55.
5. O' Connor V and Kovacs G. Obstetrics, gynaecology and women's health. 1st ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2003:302-5.
6. WHO. Medical eligible criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva; 2004
7. สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน. ระยะหลังคลอด. ใน : ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, บุญชัย เอื้อไพโรจน์กิจ, ศักนัน มโนมัย, สมชาย ธนวัฒนาเจริญ, กระเษียร ปัญญาคำเลิศ, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โอ เอส พริ้นติ้ง เฮ้าส์; 2548:135-44.
8. Stenchever MA, Droegemneller W, Herbst AL, Mishell Jr DR. Comprehensive gynecology. 4th ed. Missouri: Mosby Inc; 2001:295-358.
9. ชเนนทร์ วนาภิรักษ์. การใช้ยาในระยะตั้งครรภ์และระยะให้นมบุตร. ใน : ธีระ ทองสง,ชเนนทร์ วนาภิรักษ์, บรรณาธิการ. สูติศาสตร์. ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : พี บี ฟอเรน บุ๊กส์ เซนเตอร์; 2541 : 643-56.
10. Scott JR, Gibbs RS, Karlan BY, Hancy AF. Danforth's obstetrics and gynaecology. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003 : 541-59.
11. สุพร เกิดสว่าง. คุมกำเนิด. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ธีระการพิมพ์ ; 2527:117-38.
12. อรรณพ ใจสำราญ. การทำหมันหญิง. ใน : สมชัย นิรุตติศาสน์, นเรศร สุขเจริญ, สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, วิสันต์ เสรีภาพงค์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547 : 479-87.
13. Cunningham FG, Gant NF, Levono KJ, Gilstrap III LC, Hanth JC, Wenstrom KD. Williams obstetrics. 21st ed. New York : McGraw Hill; 2001
14. Briggs GG, Freeman RK, Yafee SJ. Drugs in pregnancy and lactation. 7th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005 : 521-789.
15. สัญญา ภัทราชัย, สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์. การคุมกำเนิดหลังแท้ง. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, อรวรรณ คีรีวัฒน์, ธีระพงศ์ เจริญวิทย์, รณชัย คงสกนธ์, นงลักษณ์ บุญไทย, สุวัทนา วรคามิน, และคณะบรรณาธิการ. การดูแลสุขภาพหญิงเกี่ยวกับการแท้ง. นนทบุรี : กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 254 8:175-82.

บทที่ 13

การคุมกำเนิดในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ
(Contraception for Special Groups)

นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน

จารีรัตน์ ชูตระกูล

สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

คำนำ

บทที่ 13 ตอนที่ 1 การคุมกำเนิดในวัยรุ่น
- คำนำ
- พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น
- การคุมกำเนิดของวัยรุ่น
- วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น
- สรุป
- เอกสารอ้างอิง

บทที่ 13 ตอนที่ 2 การคุมกำเนิดในสตรีวัยใกล้หมดระดู
- คำนำ
- วิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยใกล้หมดระดู
- สรุป
- เอกสารอ้างอิง

บทที่ 13 ตอนที่ 3 การคุมกำเนิดในผู้ป่วยเอดส์
- คำนำ
- การติดต่อ
- วิธีคุมกำเนิดกับโรคเอดส์
- วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี
- สรุป
- เอกสารอ้างอิง

บทที่ 13

การคุมกำเนิดในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ
(Contraception for Special Groups)

นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน
จารีรัตน์ ชูตระกูล
สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

คำนำ

ในสังคมปัจจุบัน ผู้ให้บริการวางแผนครอบครัว นอกจากจะต้องให้บริการวิธีคุมกำเนิดทั้งวิธีชั่วคราวและถาวรตามความเหมาะสมของผู้รับบริการแล้ว ยังมีกลุ่มเป้าหมายพิเศษที่ผู้ให้บริการควรจะต้องให้ความสนใจเป็นพิเศษ ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่นซึ่งเพิ่งเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ มีความต้องการทางเพศมาก มีการร่วมเพศก่อนวัยอันควร มีการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างมาก

ช่วงปลายของวัยเจริญพันธุ์ ถ้าสตรีตั้งครรภ์โดยไม่พึงประสงค์ หรือในภาวะที่ไม่พร้อม ไม่ว่าจะด้วยสาเหตุใดๆ ก็ตาม ก็จะพบว่ามีปัญหาต่อสุขภาพของแม่และเด็กมากเช่นเดียวกัน การคุมกำเนิดในทั้งสองช่วงของวัยเจริญพันธุ์ จึงเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสนใจมากเป็นพิเศษ

ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เข้าสู่กลุ่มแม่บ้านก็เป็นปัญหาที่พบได้ในสัดส่วนที่มากขึ้นเรื่อยๆ ถ้าสตรีนั้นตั้งครรภ์ก็จะถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก การคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในกลุ่มที่ติดเชื้อเอดส์ หรือกลุ่มเสี่ยง ต้องกระทำกันอย่างจริงจัง

ในบทนี้ จะเน้นเรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรีวัยใกล้หมดระดู และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนี้

ตอนที่ 1	การคุมกำเนิดในวัยรุ่น
	โดย นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน
ตอนที่ 2	การคุมกำเนิดในสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน
	โดย จารีรัตน์ ชูตระกูล
ตอนที่ 3	การคุมกำเนิดในผู้ป่วยเอดส์
	โดย สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

บทที่ 13 ตอนที่ 1

การคุมกำเนิดในวัยรุ่น (Contraception for Adolescent)

นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน

คำนำ

วัยรุ่นเป็นช่วงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ จากวัยเด็กเติบโตไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ มีการเจริญเติบโตของระบบสืบพันธุ์ในลักษณะที่พร้อมจะมีเพศสัมพันธ์และมีลูกได้ ในเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือน ในเด็กชายมีการหลั่งน้ำอสุจิ ปกติเด็กหญิงจะย่างเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชายประมาณ 1-2 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้คำจำกัดความว่าวัยรุ่น (adolescent) หมายถึง ผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี เยาวชน (youth) หมายถึงผู้ที่อยู่ในช่วงอายุ 15-24 ปี เพื่อให้การดูแลประชากรครอบคลุมในช่วงอายุ 10-24 ปี องค์การอนามัยโลกจึงได้รวมคำว่าวัยรุ่นกับเยาวชนเข้าด้วยกัน โดยเรียกว่าเป็นวัยหนุ่มสาว (young people) ประเทศไทยใช้นิยามตามองค์การอนามัยโลก เพื่อจะเปรียบเทียบกับประเทศอื่นๆ ในโลกที่ใช้นิยามเดียวกันนี้ได้

วัยรุ่นจะเริ่มสนใจเพศตรงข้ามและมีความต้องการทางเพศ พฤติกรรมทางเพศมักได้รับการกระตุ้นจากสังคมรอบข้างประกอบกับสภาพเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้วัยรุ่นมีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากขึ้น ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญในการนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์โดยไม่ได้ตั้งใจในวัยรุ่นขึ้นได้ การที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ในขณะที่ร่างกายและจิตใจยังไม่พร้อม นอกจากจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายจิตใจที่มีต่อมารดาวัยรุ่นและบุตรแล้ว ยังก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมขนบธรรมเนียม ประเพณีต่างๆ อีกมาก รวมทั้งปัญหาการทำแท้งด้วยอุบัติการณ์ของการตั้งครรภ์ที่ไม่ปรารถนาในหมู่วัยรุ่นมีมากขึ้นเรื่อยๆ แสดงถึงปัญหาและความต้องการการแก้ไข การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็นที่วัยรุ่นทุกคนจะต้องเรียนรู้ การป้องกันการตั้งครรภ์โดยวิธีการงดมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นก่อนแต่งงานกระทำได้ยาก ดังนั้น จึงเป็นความจำเป็นที่วัยรุ่นจะต้องใช้วิธีการคุมกำเนิดต่างๆ ช่วยในการป้องกันการตั้งครรภ์อย่างเหมาะสม

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น

ในประเทศไทยจากการศึกษาพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นหลายๆ กลุ่ม และหลายๆ สถานการณ์ สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเพิ่มขึ้น โดยวัยรุ่นมีอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกลดลง อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอยู่ในช่วง 14-18 ปี[1-3] และพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก่อนแต่งงานเกือบทั้งหมดแก้ปัญหาโดยการทำแท้ง วัยรุ่นที่อยู่ในเมืองจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในชนบท[1]

การคุมกำเนิดของวัยรุ่น

ในภาพรวมของการใช้วิธีคุมกำเนิดของวัยรุ่น มีการใช้ในสัดส่วนที่มากพอสมควร แต่เมื่อพิจารณาดูรายละเอียดของการใช้วิธีคุมกำเนิด พบว่ามีการใช้วิธีคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของวัยรุ่น และการใช้วิธีคุมกำเนิดทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่ต่ำ[3-6] ปัญหาจากการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นได้แก่ การติดเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนา ซึ่งจะตามมาด้วยการทำแท้งอีกด้วย ดังนั้น จึงควรให้ความรู้ ความเข้าใจและให้บริการเกี่ยวกับเรื่องการคุมกำเนิดแก่วัยรุ่น ความรู้ด้านเพศศึกษา เพื่อลดอัตราการตั้งครรภ์และการทำแท้งในวัยรุ่นลง

หลักในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีดังนี้

1. การงด / ป้องกันการร่วมเพศ เป็นวิธีที่ดีที่สุด ซึ่งทำได้ยาก
2. ถ้ามีการร่วมเพศ ควรมีการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาทุกครั้ง
3. วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมกับวัยรุ่นควรหาได้ง่าย ราคาถูก ใช้ง่าย
4. ก่อนใช้ไม่จำเป็นต้องไปพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5. หลังจากหยุดใช้ควรกลับสู่ภาวะการเจริญพันธุ์ได้รวดเร็ว
6. มีภาวะแทรกซ้อนน้อยหรือไม่มีเลย

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับวัยรุ่น [7-10]

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นชาย

วิธีคุมกำเนิด	ข้อดี	ข้อเสีย
ถุงยางอนามัยชาย (male condom)	- หาได้ง่าย สะดวก ราคาถูก ใช้แล้วทิ้งไม่ต้องมีภาระในการทำความสะอาด - ป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ - เป็นการมีส่วนร่วมของฝ่ายชายในการคุมกำเนิด	- ประสิทธิภาพต่ำ ถ้าใช้ไม่ถูกวิธีหรือถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ - บางรายแพ้ถุงยางหรือสารหล่อลื่น
วิธีหลั่งภายนอกช่องคลอด (withdrawal)	- ไม่ต้องเตรียมตัวล่วงหน้า - ไม่ต้องใช้ยาและเครื่องมือ	- ประสิทธิภาพต่ำ เนื่องจากการควบคุมไม่ให้หลั่งน้ำอสุจิในช่องคลอดทำได้ยาก

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหญิง

วิธีคุมกำเนิด	ข้อดี	ข้อเสีย
ยาเม็ดคุมกำเนิด (oral pills)	- ประสิทธิภาพสูงมาก ถ้าใช้อย่างถูกต้อง - ไม่เกี่ยวกับการร่วมเพศ ลดอุบัติการณ์ของการอักเสบในอุ้งเชิงกราน และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ - ลดอาการปวดระดู - ระดูมาสม่ำเสมอ	- ต้องรับประทานยาทุกวันในเวลาใกล้เคียง ซึ่งวัยรุ่นอาจปฏิบัติได้ยาก - บางชนิดทำให้เกิดสิวฝ้าซึ่งวัยรุ่นไม่ชอบ - ไม่เหมาะกับวัยรุ่นที่แตกเนื้อสาวใหม่ๆ เพราะอาจจะหยุดการเจริญเติบโตของร่างกาย เช่น epiphyseal plate ปิดเร็วเกินไปในรายที่อายุยังน้อย และอาจมีผลต่อ metabolism ของร่างกาย
ยาเม็ดคุมกำเนิดฉุกเฉิน (emergency pills)	- ใช้ได้ผลดีถ้าปฏิบัติภายใน 72 ชั่วโมงหลังร่วมเพศ - ถ้านานเกิน 72 ชั่วโมง แต่ไม่ถึง 120 ชั่วโมง ประสิทธิภาพลดลง แต่ก็ยังดีกว่าไม่คุมกำเนิดมาก - เหมาะสำหรับผู้ที่ไม่ได้คุมกำเนิดมาก่อนร่วมเพศ	- มีระดูออกกะปริดกะปรอย แต่ไม่ต้องใช้ยารักษา - มีอาการคลื่นไส้อาเจียนเล็กน้อย - ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ - ประสิทธิภาพต่ำกว่าการใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดปกติ
ยาฉีดคุมกำเนิด (injectable)	- ประสิทธิภาพสูง - ใช้ง่ายไม่ต้องกลัวลืม - ใช้ได้นาน 1-3 เดือน	- มีการเปลี่ยนแปลงของระดู - น้ำหนักตัวเพิ่ม ซึ่งวัยรุ่นมักจะไม่ชอบ - หลังจากหยุดยา จะตั้งครรภ์ช้า จึงควรใช้เฉพาะบางรายเท่านั้น เช่น วัยรุ่นที่เคยตั้งครรภ์มาแล้ว
ยาฆ่าตัวอสุจิ (spermicide)	- ไม่มีผลเสียต่อสุขภาพ	- ต้องเตรียมล่วงหน้า ใส่ยาก่อนร่วมเพศ 10-15 นาที - มีปัญหาในการใส่ยาในช่องคลอด - อาจเกิดการระคายเคืองได้

วิธีคุมกำเนิดสำหรับวัยรุ่นหญิง (ต่อ)

วิธีคุมกำเนิด	ข้อดี	ข้อเสีย
ยาฝังคุมกำเนิด (implant)	- ประสิทธิภาพสูง - เหมาะสำหรับผู้ที่ต้องการคุมกำเนิดระยะยาว	- ต้องฝังโดยแพทย์ / พยาบาลที่ผ่านการอบรมวิธีฝังยาคุม - มีการเปลี่ยนแปลงของระดูบ้าง
ยาแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด (contraceptive patches)	- ประสิทธิภาพสูง - ระดูมาตรงคล้ายกับการรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิด - ผู้ใช้มั่นใจว่ากำลังคุมกำเนิดอยู่	- อาจมีการระคายเคืองบริเวณที่แปะแผ่นยา - อาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอย
วิธีงดร่วมเพศบางช่วงเวลา (safe period)	- ไม่ต้องใช้ยาและเครื่องมือ	- การงดร่วมเพศในระยะที่ไม่ปลอดภัยอาจทำไม่ได้สำหรับวัยรุ่น - มีความเสี่ยงถ้าประจำเดือนไม่สม่ำเสมอ
ห่วงอนามัย (IUD)	- ประสิทธิภาพสูง - ไม่เกี่ยวกับการร่วมเพศ - ใช้ได้นาน 3-10 ปี	- เพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการอักเสบในอุ้งเชิงกราน - ไม่เหมาะกับวัยรุ่นที่มีคู่ร่วมเพศหลายคน - ต้องใส่โดยบุคลากรทางการแพทย์ จึงไม่สะดวกสำหรับวัยรุ่น ซึ่งไม่ใคร่ยอมให้ตรวจภายใน
ฟองน้ำผสมยาฆ่า ตัวอสุจิ (vaginal contraceptive sponge)	- ได้ผลดี (ถ้าสั่งเข้ามาบริการ) - ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	- มีปัญหาเรื่องการใส่และดึงออก - ระคายเคืองในช่องคลอด

กล่าวโดยสรุป วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสำหรับวัยรุ่น คือ ถุงยางอนามัย และยาเม็ดคุมกำเนิด สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดควรเลือกชนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนต่ำ เพื่อลดอาการคลื่นไส้ อาเจียน สิว ฝ้าน้อย น้ำหนักตัวไม่เพิ่มหรือเพิ่มน้อย จะทำให้มีการยอมรับมากขึ้น แต่ถ้าไม่ได้ร่วมเพศเป็นประจำหรือคุมกำเนิดมาก่อนก็ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ได้ดีถ้าใช้อย่างถูกต้องแต่ไม่เหมาะที่จะใช้เป็นประจำ ส่วนวิธีอื่นๆ ที่กล่าวมาแล้ว ก็สามารถเลือกนำมาใช้ได้ตามความเหมาะสมของแต่ละคน ซึ่งวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธีก็มีข้อดี ข้อเสียสำหรับวัยรุ่นต่างๆ กันดังที่กล่าวมาแล้ว สิ่งที่สำคัญก็คือวัยรุ่นต้องการคำแนะนำปรึกษาเรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ อย่างถูกต้อง และเนื่องจากมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์ได้มาก การใช้วิธีคุมกำเนิด 2 วิธี (dual protection) คือ การใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีอื่นอีก 1 วิธี เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด หรือแผ่นแปะผิวหนังคุมกำเนิด ก็จะเพิ่มความมั่นใจในประสิทธิภาพในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตั้งครรภ์

สรุป

สถานการณ์วัยรุ่นไทยในปัจจุบันพบว่า มีแนวโน้มในการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเร็วขึ้น มีอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้น การป้องกันการตั้งครรภ์จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันปัญหาที่จะตามมา การงดร่วมเพศเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้น การใช้วิธีคุมกำเนิดจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ได้ดีที่สุด แต่พบว่าวัยรุ่นในประเทศไทย มีอัตราการใช้วิธีคุมกำเนิดในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และการใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่น้อย จึงสมควรให้วัยรุ่นเหล่านี้ได้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบ ที่อาจจะตามมาจากการร่วมเพศ โดยการใช้วิธีคุมกำเนิดกันมากขึ้น วิธีคุมกำเนิดที่มีอยู่ก็มีให้วัยรุ่นเลือกได้หลายวิธี โดยมีการให้คำปรึกษาที่เหมาะสม พิจารณาถึงข้อดี ข้อเสีย ของแต่ละวิธีเทียบกับอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นถ้าไม่คุมกำเนิด ถ้าปฏิบัติได้ก็จะเป็นการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยส่วนหนึ่งของวัยรุ่นได้

เอกสารอ้างอิง

1. นภาพร ชโยวรรณ, ชเนตตี มิลินทรางกูร, บุศริน บางแก้ว, ปรียา รุ่งโสภาสกุล, มาลินี วงษ์สิทธิ์, รักชนก คชานุบาล. ภาวะเศรษฐกิจกับการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและครอบครัวในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
2. ศิริกุล อิศรานุรักษ์, วรรณา เตชวณิชย์พงศ์. ทบทวนสถานการณ์พฤติกรรมทางเพศของเด็กและเยาวชน อายุ 6-24 ปี ที่กำลังศึกษาในสถานศึกษา พ.ศ. 2532 - 2542. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีการพิมพ์, 2543.
3. สุทธิลักษณ์ ตั้งกุลบริบูรณ์. ทัศนคติต่อบริการทางเพศ ความเชื่อ อำนาจภายใน - ภายนอกตนด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนอาชีวะ และนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดขอนแก่น.2541.ในรายงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์.กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย, 2542.

4. นงลักษณ์ รุ่งทรัพย์สิน. การยอมรับยาเม็ดคุมกำเนิดแบบฉุกเฉินของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิจัยประชากรและสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544.
5. จุฑามาศ นุชนารถ. การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และวางแผนประชากร บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531.
6. สุกานดา สุวณิชชาติ, สิรินุช คุณานิธิพงศ์, ยุวดี ศรีสัตยากุล. การศึกษาปัญหาทางเพศในนักเรียนอาชีวศึกษาจังหวัดกรุงเทพมหานคร. วารสารอนามัยครอบครัว 2538;10 (2) : 26-32.
7. สุวชัย อินทรประเสริฐ, การคุมกำเนิดในวัยรุ่น. ใน : การประชุมวิชาการประจำปี 2546 สมาคมอนามัยเจริญพันธุ์(ไทย) ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร : ห้างหุ้นส่วนจำกัด ป.สัมพันธ์พาณิชย์; 2546 : 75-94.
8. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.
9. IMAP Statement on contraception for adolescents / young people in the era of HIV and AIDS. IPPF Medical Bulletin 2006; 40 (2) : 1-5.
10. WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use, 2nd ed. Geneva :World Health Organization, 2004.

บทที่ 13 ตอนที่ 2

การคุมกำเนิดในสตรีวัยใกล้หมดระดู (Contraception for Perimenopause)

จารีรัตน์ ชูตระกูล

คำนำ

สตรีที่เริ่มเข้าวัยใกล้หมดระดู (perimenopause) คือสภาวะของสตรีก่อนหมดระดู 3-5 ปี จนกระทั่งระดูครั้งสุดท้ายขาดหายไป 12 เดือน [1] เป็นระยะเวลาที่รังไข่เริ่มทำงานไม่ปกติ จนหยุดทำหน้าที่ไปในที่สุดเป็นช่วงเวลาที่ประจำเดือนมาไม่สม่ำเสมอ ปริมาณก็ไม่แน่นอนอาจจะมากขึ้นหรือน้อยลง หรือขาดหายไปเป็นเวลานาน 3-11 เดือน หรืออาจมีบ่อยครั้งขึ้น ผู้หญิงส่วนใหญ่จะมีอาการราว 3-5 ปี เนื่องจากการที่ฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลง จากนั้นก็จะเข้าสู่วัยหมดระดู (menopause) คือ สภาวะหมดระดูอย่างถาวร อายุเฉลี่ย 51.09 ปี สำหรับสตรีไทยจะหมดระดูเมื่ออายุ 49.5 $\pm$ 3.6 ปี [2]

อาการที่เกิดขึ้น ได้แก่ อาการร้อนวูบวาบ หนาวง่าย ร้อนง่าย ร้อนมากกว่าคนหนุ่มสาว เหงื่อออกมาก อ่อนเพลีย อ่อนล้า ผิวแห้ง ผมแห้ง ผมร่วง เล็บเปราะ หงุดหงิดง่าย ใจน้อย ร้องให้โดยไม่มีเหตุผล อารมณ์แปรปรวน หลงลืมง่าย ความต้องการทางเพศลดลง มีอาการทางระบบอวัยวะสืบพันธุ์ และระบบปัสสาวะ ช่องคลอดแห้ง เจ็บเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ปัสสาวะบ่อย กลั้นปัสสาวะไม่อยู่

แม้ว่าสตรีวัยใกล้หมดประจำเดือน จะมีโอกาสในการตั้งครรภ์ลดลง แต่ก็อาจจะเกิดขึ้นได้ และส่วนมากเป็นการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ เกิดภาวะแทรกซ้อนและอัตราตายของแม่และเด็กสูง ทารกที่เกิดมามีโอกาสเกิดความพิการแต่กำเนิดได้ โดยเฉพาะ Down syndrome พบมากขึ้นกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น การคุมกำเนิดในสตรีวัยนี้ ยังเป็นสิ่งจำเป็นและต้องเลือกใช้อย่างรอบคอบ

วิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยใกล้หมดระดู[3, 4]

สตรีวัยใกล้หมดระดู โอกาสที่จะตั้งครรภ์น้อยกว่าสตรีวัยเจริญพันธุ์มาก การตั้งครรภ์สำหรับวัยนี้ มักจะเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงปรารถนา และพบว่าเพิ่มอัตราการเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์และคลอดมีมากเป็นการเพิ่มการตายของมารดาและทารกด้วย การคุมกำเนิดในสตรีวัยนี้ จึงเป็นสิ่งจำเป็นและต้องพิจารณาเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีอยู่หลายวิธีอย่างเหมาะสม

วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมในสตรีวัยนี้ควรมีคุณสมบัติ [3]

1. ประสิทธิภาพสูง
2. ควบคุมอาการของวัยใกล้หมดระดูได้ดี
3. ไม่เปลี่ยนแปลงรอบและปริมาณระดู
4. ลดอุบัติการณ์ของความผิดปกติทางนรีเวชได้ เช่น การอักเสบอุ้งเชิงกราน เนื้องอกรังไข่และมดลูก เลือดออกกะปริดกะปรอย เป็นต้น
5. ไม่เบียดบังอาการของการหมดระดู
6. ไม่มีผลข้างเคียงต่อร่างกาย

วิธีคุมกำเนิด

การทำหมันชาย และการทำหมันหญิง เป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมสำหรับผู้ที่มีครอบครัวสมบูรณ์ตามต้องการแล้ว และเป็นวิธีที่ทำได้ง่ายและสะดวก

ยาเม็ดคุมกำเนิด สตรีที่มีอายุมากกว่า 35 ปีขึ้นไป การรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดอุดตัน และหัวใจขาดเลือด แต่สามารถลดอาการของวัยใกล้หมดระดูที่เกิดจากการขาดฮอร์โมน estrogen ได้ ไม่เหมาะสมกับสตรีที่สูบบุหรี่ ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มี progestogen อย่างเดียว ไม่เพิ่มความเสี่ยงของโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังมีการศึกษาการใช้ในสตรีวัยนี้ไม่มากนัก

ยาฉีดคุมกำเนิดและยาฝังคุมกำเนิด คุมกำเนิดได้ดี แต่ผลข้างเคียงคือระดูไม่มา อาจทำให้ผู้ใช้สับสนว่าตนเองจะตั้งครรภ์หรือเข้าสู่วัยหมดระดู อาจมีเลือดออกกะปริดกะปรอย ทำให้ต้องตรวจหาความผิดปกติ จึงอาจไม่เหมาะสมกับสตรีวัยนี้ แต่ถ้าใช้มาก่อนแล้วก็ให้ใช้ต่อไปได้

ห่วงอนามัย เป็นวิธีที่ดีและมีประสิทธิภาพสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่งห่วงอนามัยที่มีฮอร์โมน progestogen อยู่ด้วย จะช่วยลดปริมาณเลือดระดู และลดการมีเลือดออกกะปริดกะปรอยได้ดีกว่าห่วงอนามัยชนิดที่มีทองแดง ควรแนะนำให้ผู้รับบริการกลับมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอีกครั้งเมื่อแน่ใจว่าระดูหมดแล้ว 1 ปี เพื่อถอดห่วงอนามัยออก

ถุงยางอนามัย เป็นวิธีที่ดีสำหรับสตรีวัยนี้ เพราะถุงยางอนามัยมีสารหล่อลื่น จะช่วยลดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในสตรีวัยทองที่ช่องคลอดแห้ง และสามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ได้ด้วย ถุงยางอนามัยสำหรับสตรีสามารถใช้ได้ด้วยตนเองไม่ต้องพึ่งพาฝ่ายชาย แต่ไม่เป็นที่นิยมในประเทศไทย เนื่องจากใช้ไม่สะดวก ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ชาย จึงเป็นวิธีที่ดีเหมาะสม ราคาถูกหาซื้อง่าย

การนับระยะปลอดภัยและวิธีหลั่งภายนอก เป็นวิธีคุมกำเนิดธรรมชาติ มีประสิทธิภาพต่ำไม่ปลอดภัยเพราะโอกาสพลาดสูง ไม่เหมาะสมสำหรับสตรีวัยใกล้หมดระดู เพราะระดูมาไม่สม่ำเสมอการนับระยะปลอดภัยทำได้ยาก จึงควรพิจารณาใช้วิธีอื่นดีกว่า

สรุป

การให้บริการคุมกำเนิดสำหรับสตรีวัยใกล้หมดระดู ผู้ให้บริการควรศึกษาถึงปัญหาสุขภาพและความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งผลดีผลเสียของวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความผิดปกติของสตรีวัยนี้แต่ละคน เพื่อให้คำปรึกษาที่ถูกต้อง ช่วยให้ผู้รับบริการเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมสำหรับตน การที่ผู้รับบริการยังคงใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีเดียวติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 5 ปี ผู้ให้บริการควรให้คำแนะนำการตรวจสุขภาพและการปฏิบัติอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กอบจิตต์ ลิมปพยอม, กระเษียร ปัญญาคำเลิศ. ระบาดวิทยาของสตรีวัยหมดระดู. ใน : กอบจิตต์ ลิมปพยอม, บรรณาธิการ. วัยหมดระดู. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย; 2543 : 1- 8.
2. Hatcher RA, Zieman M, Cwiak C, Darney PD, Creinin MD, Stosur HR. A pocket guide to managing contraception. Gerorgia : Bridging the Gap Foundation, 2004.
3. สุวชัย อินทรประเสริฐ, รสิก รังสิปราการ. การคุมกำเนิดในสตรีอายุ 35 ปีขึ้นไป. ใน : สุวชัย อินทรประเสริฐ, บรรณาธิการ. การวางแผนครอบครัวประชากรและเทคโนโลยีการคุมกำเนิด กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ข้าวฟ่าง; 2535 : 561- 9.
4. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมเนิด. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2546.

บทที่ 13 ตอนที่ 3

การคุมกำเนิดในผู้ป่วยเอดส์
(Contraception for People Living with HIV/AIDs)

สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์

คำนำ

เอดส์ (AIDS, acquired immunodeficiency syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม หรือบกพร่อง เกิดจากเชื้อไวรัส เอชไอวี (HIV, human immunodeficiency virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายของคน จะไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวที่ทำหน้าที่ป้องกันเชื้อโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคของคนนั้นเสื่อม หรือบกพร่อง จนเป็นสาเหตุทำให้ร่างกายอ่อนแอ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง และในที่สุดก็จะเสียชีวิตด้วยโรคเรื้อรังนั้น(1)

การติดเชื้อไวรัส เอชไอวี เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ เพราะเป็นหนึ่งในห้าของสาเหตุการตายมากที่สุดของสตรีวัยเจริญพันธุ์(2) มีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็ว ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และไม่มีวัคซีนเพื่อป้องกันโรค ในประเทศไทยพบว่าผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานอายุระหว่าง 20-39 ปี และร้อยละ 80 ได้รับเชื้อจากเพศสัมพันธ์(3) เมื่อโรคทวีความรุนแรงขึ้น ผู้ติดเชื้อก็มักจะป่วยเรื้อรังทำงานไม่ได้ และเสียชีวิต จึงเป็นปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย หลายครอบครัวต้องขาดผู้เป็นเสาหลัก และเด็กจำนวนมากต้องเป็นกำพร้า

การติดต่อ

เชื้อไวรัส เอชไอวี เข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง

1. ทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อ อาจจะเป็นชายสู่หญิง หญิงสู่ชาย หรือชายสู่ชายที่พบมากที่สุด คือ ชายสู่หญิง เลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ของผู้ติดเชื้อจะมีเชื้อไวรัสปริมาณมาก เมื่อมีบาดแผลบริเวณผิวหนัง หรือเยื่อบุผิวก็จะทำให้เชื้อเข้าสู่ร่างกายได้ง่าย

2. การสัมผัสเลือด ได้แก่ ผู้ที่ได้รับเลือด หรือ ผลิตภัณฑ์จากเลือด การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ ปัจจุบันการคัดกรองเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือดก่อนใช้ช่วยลดการติดเชื้อโดยวิธีนี้ลงได้มาก

3. การติดต่อจากแม่สู่ลูก สามารถติดต่อได้ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์โดยผ่านทางรกสู่เด็กในครรภ์ ระยะคลอดโดยผ่านทางมูกเลือด น้ำคร่ำ สารคัดหลั่งต่างๆ จากการคลอด และระยะหลังคลอดโดยผ่านทางน้ำนมของแม่

กระทรวงสาธารณสุข โดยกองระบาดวิทยา ได้ให้นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2536 โดยแบ่งผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการเป็น 3 ประเภท ทุกประเภท จะต้องพบการติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการ [4]

ประเภทที่ 1 ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่มีอาการชี้บ่งของภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อม

ประเภทที่ 2 ผู้ป่วยเอดส์ทุกกลุ่มอายุที่พบจำนวนเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 ต่อไมโครลิตร

ประเภทที่ 3 ผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มทารกที่ติดเชื้อจากมารดา

สำหรับผู้ป่วยที่พบการติดเชื้อ เอชไอวี และมีอาการบางประการแต่ไม่เข้าเงื่อนไขของประเภทที่ 1-3 จะเรียกว่า เป็นผู้ติดเชื้อที่ปรากฏอาการ

วิธีคุมกำเนิดกับโรคเอดส์

ปัจจุบันการติดต่อของโรคเอดส์ส่วนใหญ่ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น วิธีคุมกำเนิดที่จะใช้ควรควบคู่ไปกับการป้องกันโรคเอดส์ การคุมกำเนิดในกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ควรมีหลักเกณฑ์ดังนี้ [4]

1. ไม่เพิ่มการรับเชื้อ เอชไอวี
2. ป้องกันการแพร่เชื้อ เอชไอวี
3. ไม่ทำให้โรคเอดส์เพิ่มความรุนแรงขึ้น
4. ไม่เสื่อมประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดจากปฏิกิริยาของโรคเอดส์

การคุมกำเนิดในสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี มีความจำเป็นและสำคัญมากที่จะควบคุมการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก เพราะสตรีติดเชื้อ สามารถตั้งครรภ์และมีบุตรได้ การคุมกำเนิดควรคำนึงถึงหลักเกณฑ์ 4 ข้อข้างต้นอย่างมาก

วิธีคุมกำเนิดในสตรีที่ติดเชื้อ เอชไอวี ประกอบด้วย

1. การใช้ถุงยางอนามัย : การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธี และใช้อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยป้องกัน การรับ และแพร่เชื้อ เอชไอวี นอกจากนี้ ถุงยางอนามัยยังช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นได้ด้วย แต่ในทางปฏิบัติพบว่าอัตราการใช้ไม่สม่ำเสมอ ทำให้การป้องกันการรับและแพร่เชื้อ เอชไอวี ไม่ดีเท่าที่ควร และทำให้การคุมกำเนิดไม่มีประสิทธิภาพด้วย[4] ในสตรีที่ติดเชื้อ จึงควรได้รับคำแนะนำให้เห็นความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ และเพื่อให้การคุมกำเนิดได้ผลแน่นอนขึ้น ควรแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพอื่นๆ เช่น ฮอร์โมนคุมกำเนิด การทำหมัน

ถุงยางอนามัยที่ใช้ต้องทำจาก Latex จึงจะช่วยป้องกันการแพร่ หรือรับเชื้อ เอช ไอ วี ได้ ถ้าเป็นถุงยางที่ทำจากอวัยวะของสัตว์ไม่สามารถป้องกันได้[2]

2. การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด : ประกอบด้วย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด ผลของฮอร์โมนคุมกำเนิดต่อโรคเอดส์ยังไม่สามารถสรุปได้ [4] มีผู้ทำการศึกษาหลายท่านรายงานว่า ยาเม็ดคุมกำเนิดเพิ่มอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอ วี เพราะทำให้มีการปลิ้นของปากมดลูก (ectopy) หรือเกิดอาการข้างเคียงที่มีเลือดออกกะปริดกะปรอยทางช่องคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาคุมกำเนิดที่มีโปรเจสโตเจนตัวเดียว รวมถึงยาฉีดคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากผลเฉพาะที่ของฮอร์โมนโปรเจสโตรเจนที่ทำให้เยื่อบุช่องคลอด และเยื่อบุโพรงมดลูกบางลง [4, 5]

แต่จากการศึกษาของ สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และคณะ ไม่พบว่ายาเม็ด และยาฉีดคุมกำเนิดเพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญ[6] ยาฝังคุมกำเนิดก็เช่นเดียวกัน[7, 8] และสรุปว่าฮอร์โมนคุมกำเนิดสามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาฝังคุมกำเนิด เพราะสามารถออกฤทธิ์อยู่ได้นานเป็นปี อย่างไรก็ดี สตรีที่ใช้ยาฮอร์โมนคุมกำเนิดชนิดใดก็ตาม ควรใช้ถุงยางอนามัยด้วยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการรับเชื้อเพิ่ม และการแพร่เชื้อ ประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดไม่แตกต่างจากสตรีทั่วไป แต่บางการศึกษาเตือนว่าประสิทธิภาพของยาเม็ดคุมกำเนิดลดลงในสตรีที่ได้รับยาต้านไวรัสในกลุ่ม Protease inhibitors และ non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors [9]

3. การทำหมัน : เป็นวิธีคุมกำเนิดอย่างถาวรที่มีประสิทธิภาพสูงมาก แต่ไม่มีผลป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี และไม่มีผลต่อการดำเนินโรค

หมายเหตุ : การคุมกำเนิดด้วยห่วงอนามัย เป็นวิธีที่ไม่เหมาะสม และไม่ควรใช้ในสตรีติดเชื้อ เอช ไอ วี เพราะจะยิ่งเพิ่มโอกาสติดเชื้อของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาวะที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง จะยิ่งทำให้การติดเชื้อรุนแรงขึ้น อาการข้างเคียงที่มีเลือดออกกะปริด กะปรอยจากการใส่ห่วง จะเพิ่มโอกาสให้มีการแพร่เชื้อ เอชไอวี มากขึ้น การศึกษารูปแบบการคุมกำเนิดในสตรีติดเชื้อ พบว่า ประมาณร้อยละ 50 มีการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งมากกว่าสตรีที่ผลตรวจเลือดเป็นลบ[10] อย่างไรก็ดี สตรีเหล่านี้จะใช้ถุงยางอนามัยน้อยลง ถ้ามีการทำหมัน หรือ คุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นอยู่แล้ว เช่น ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ดังนั้น สตรีที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี และคู่ร่วมเพศจึงควรได้รับการย้ำเตือนถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย โดยใช้ถุงยางอนามัยเพื่อหลีกเลี่ยงการแพร่เชื้อ หรือการติดเชื้อ เอช ไอ วี เพิ่มขึ้น รวมทั้งหลีกเลี่ยงโรคติดต่อจากเพศสัมพันธ์อื่นๆ ไม่ว่าจะใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดอยู่ก็ตาม[10]

สรุป

การคุมกำเนิดในสตรีวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนให้คุมกำเนิด เพราะนอกจากจะเป็นการลดอุบัติการณ์การติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์แล้ว ยังช่วยลดการติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูกด้วย ปัจจุบันยังไม่มียารักษาโรคนี้และยังไม่มีวัคซีนป้องกันที่ได้ผล การให้คำปรึกษาที่ถูกต้องจึงเป็นวิธีการที่ดีที่สุด(4) ผู้ให้คำปรึกษาจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องของการคุมกำเนิด โรคเอดส์ตลอดจนผลที่อาจจะเกิดจากการคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ต่อการดำเนินโรค เพื่อให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลที่ถูกต้อง เหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. กระทรวงสาธารณสุข ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ กรุงเทพมหานคร:โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2532.
2. Stenchever MA, Droegemueller W, Herbst AL, Misbell DR Jr : Comprehensive gynecology, 4th ed. St Louis : Mosby Inc; 2001 : 681- 8.
3. สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา, สมภพ ลิ้มพงศานุรักษ์. การติดเชื้อ เอช ไอ วี. ใน : สมชัย นิรุตติศาสน์, นเรศร สุขเจริญ, สุรางค์ ตรีรัตนชาติ, วิชัย เติมรุ่งเรืองเลิศ, วิสันต์ เสรีภาพงศ์, บรรณาธิการ. ตำรานรีเวชวิทยา, พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547 : 121-36.
4. สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : บริษัทดีไซร์ จำกัด; 2546 :125-55.
5. Sweet RL, Gibbs RS. Infections diseases of the female genital tract. 4th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2002 : 237-314.
6. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptive and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. Aust NZ J Obstet Gynaecol 1997; 37 : 86-8.
7. Taneepanichskul S, Intaraprasert S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Use of Norplant implants in a symptomatic HIV-1 infected women. Contraception 1997; 55 : 205-7.
8. Taneepanichskul S, Tanprasertkul C. Use of Norplant implants in the immediate postpartum period among a symptomatic HIV-1 positive mothers. Contraception 2001; 64 : 39-41.
9. Mann MC. Infection and sexual health. In : Luesley DM, Baker PN, editors. Obstetrics and gynaecology. an evidence-based text for MRCOG. 1st ed. London : Arnold; 2004 : 671-84.
10. Tuomala RE, Chen KT. Gynecologic infections. In : Ryan KJ, Berkowitz RS, Barbieri RL, Dunaif A, editors. Kistner's gynecology and women's health. 7th ed. St Louis : Mosby Inc; 1999 : 482-6.

บทที่ 14

การคุมกำเนิดในผู้ที่มีโรคหรือภาวะทางอายุรกรรม
(Contraception for People with Specific Medical Conditions)

สัญญา ภัทราชัย
สุวชัย อินทรประเสริฐ

บทที่ 14

การคุมกำเนิดในผู้ที่มีโรคหรือภาวะทางอายุรกรรม (Contraception for People with Specific Medical Conditions)

สัญญา ภัทราชัย
สุวชัย อินทรประเสริฐ

คำนำ

การคุมกำเนิดเป็นเรื่องปกติของคู่สมรสในปัจจุบันที่ยังไม่พร้อมจะมีบุตร วิธีคุมกำเนิดมีให้เลือกใช้หลากหลายวิธี โดยที่แต่ละวิธีมีจุดเด่นแตกต่างกันไป คู่สมรสสามารถเลือกใช้ได้ตามความเหมาะสมและมีความปลอดภัย อย่างไรก็ตาม ในคู่สมรสที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะทางอายุรกรรมที่มีความซับซ้อนรุนแรงอาจต้องใช้ความระมัดระวังในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด ทั้งนี้เพราะวิธีคุมกำเนิดบางวิธีอาจเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดอันตรายจากโรคหรือภาวะที่เป็นอยู่ ในอดีตสตรีที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะทางอายุรกรรมมักไม่ใคร่ได้รับคำแนะนำในเรื่องการคุมกำเนิด เพราะมักถูกมองว่าคงไม่มีการร่วมเพศ แต่ความจริงแล้วภาวะแทรกซ้อนทางอายุรกรรมส่วนใหญ่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการร่วมเพศ ยังคงมีเพศสัมพันธ์กันได้ แต่หากเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นอาจเกิดอันตรายอย่างมากต่อสุขภาพของสตรีเหล่านี้ รวมทั้งทำให้การควบคุมรักษาโรคทำได้ยากขึ้นหรือเป็นไปไม่ได้ จนอาจต้องยุติการตั้งครรภ์เพื่อรักษาชีวิตมารดา โดยหลักการแล้วความเสี่ยงอันเนื่องจากใช้วิธีคุมกำเนิดจะต่ำกว่าความเสี่ยงอันเกิดจากตั้งครรภ์อยู่มาก ดังนั้น สูตินรีแพทย์ อายุรแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ควรจะได้ทำความเข้าใจในเรื่องนี้และร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพสตรีในกลุ่มนี้ ให้ได้รับการคุมกำเนิดและควบคุมรักษาโรคอย่างเหมาะสม

ข้อควรพิจารณาสำหรับผู้ป่วยที่มีโรคหรือภาวะทางอายุรกรรมที่ต้องการวางแผนครอบครัว

1. ควรพิจารณาเปรียบเทียบอันตรายจากการตั้งครรภ์และความต้องการวางแผนครอบครัว
2. ควรจะต้องควบคุมโรคให้ได้ก่อนตั้งครรภ์และขณะตั้งครรภ์ ถ้ายังควบคุม หรือรักษาโรคไม่ได้ดี ก็ยังไม่ควรปล่อยให้มีการตั้งครรภ์
3. ควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงเพื่อเว้นการมีบุตร และใช้วิธีถาวรเมื่อมีบุตรเพียงพอแล้ว

4. ควรใช้วิธีคุมกำเนิดอย่างถูกต้อง ตามหลักการเพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด
5. ควรหลีกเลี่ยงวิธีคุมกำเนิดที่จะทำให้โรคกำเริบ
6. ควรหลีกเลี่ยงวิธีคุมกำเนิดที่มีปฏิกิริยาต่อยารักษาโรคที่เป็นอยู่
7. ควรพิจารณาว่า กิจกรรมทางเพศก็อาจจะเกิดอันตรายต่อโรคได้

อันตรายจากการตั้งครรภ์และการคุมกำเนิด

สตรีที่ตั้งครรภ์ทุกคนมีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์เอง และในสตรีที่มีโรคประจำตัวอยู่แล้วความเสี่ยงนี้จะเพิ่มขึ้นอย่างมาก[1] (ดูตารางที่ 1) องค์ประกอบที่สำคัญสองประการที่ควรพิจารณา คือ อัตราตายของมารดาซึ่งขึ้นอยู่กับมาตรฐานการดูแลด้านสูติกรรม และการบริการทำแท้งที่ปลอดภัยซึ่งเกี่ยวกับกฏหมายในแต่ละประเทศ ในประเทศกำลังพัฒนานั้น อัตราตายของมารดายังสูง เนื่องจากการให้บริการทางสูติกรรมยังไม่ดีพอ และการทำแท้งก็มีข้อจำกัดทางด้านกฏหมายให้ทำได้ยาก ความล้มเหลวจากการคุมกำเนิดจะทำให้อัตราตายมารดาสูงทั้งจากการคลอดและการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ในทางตรงกันข้าม ประเทศที่พัฒนาแล้วอัตราตายของมารดาจะต่ำมากเนื่องจากการให้บริการทางสูติกรรมมีคุณภาพสูง และหากการคุมกำเนิดล้มเหลวก็สามารถไปรับบริการทำแท้งได้อย่างปลอดภัย[2]

ตารางที่ 1 ภาวะหรือโรคที่จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายมากขึ้นเมื่อสตรีตั้งครรภ์ [1]

มะเร็งเต้านม
โรคลิ้นหัวใจรั่วชนิดมีภาวะแทรกซ้อน (complicated valvular heart disease)
เบาหวาน (ที่เป็นมากกว่า class B)
มะเร็งเยื่อบุโพรงมดลูกและมะเร็งรังไข่
ความดันโลหิตสูง
HIV/AIDS
โรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart disease)
มะเร็งไข่ปลาอุก (malignant gestational trophoblastic disease)
มะเร็งตับ (hepatoma)
ตับแข็งชนิดรุนแรง (severe cirrhosis)
โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexually transmitted infection= STI)
เส้นเลือดสมองอุดตัน (stroke)
ภาวะเลือดแข็งตัวผิดปกติชนิดกรรมพันธุ์ (thrombogenic mutations)
วัณโรค
พยาธิในเลือดที่มีภาวะแทรกซ้อนต่อตับ (schistosomiasis with fibrosis of liver)
โรคเม็ดเลือดผิดปกติชนิด Sickle cell

อันตรายจากการคุมกำเนิดนั้นมีลักษณะที่แตกต่างกันไปแล้วแต่วิธีและชนิดของการคุมกำเนิดนั้นๆ ตัวอย่าง เช่น อันตรายจากฮอร์โมนคุมกำเนิดมักเกิดในสตรีที่อายุมาก มีภาวะผิดปกติของหลอดเลือดหรือการแข็งตัวของเลือด มีไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ เป็นมะเร็งชนิดที่ไวต่อฮอร์โมน มีการทำงานของตับผิดปกติ ทั้งนี้ ก็เนื่องจากฮอร์โมนคุมกำเนิดเกือบทุกตัวมีผลต่อเมตาบอลิซึ่มของน้ำตาลและไขมันในร่างกาย ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลต่อการแข็งตัวของเลือดทำให้เลือดข้นและเกิดภาวะเส้นเลือดอุดตันได้ รวมทั้งสามารถเปลี่ยนแปลงการทำงานของตับและระบบน้ำดี ยิ่งมีปัจจัยเสี่ยงหลายข้อก็ยิ่งมีโอกาสเกิดอันตรายได้มากขึ้น การศึกษาแบบย้อนหลังสรุปได้ว่าสตรีที่ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดที่มีอายุมากและสูบบุหรี่จัดมีโอกาสเสียชีวิตจากภาวะหัวใจขาดเลือดมากกว่าสตรีในกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด[3]

อันตรายจากการใช้ห่วงอนามัยอาจเกิดจากการใส่ห่วงไม่ถูกเทคนิค ทำให้เกิดห่วงทะลุ ติดเชื้อในอุ้งเชิงกราน และการติดเชื้อจะเพิ่มมากขึ้นในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ หรือกรณีที่ห่วงอนามัยล้มเหลวเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น[4]

อันตรายจากการทำหมัน แบ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาชา ยาสลบ เช่น แพ้ยาสลบ ได้รับยาเกินขนาด การสำลักอาหารเข้าในปอด เป็นต้น และภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด การเสียเลือดมาก การได้รับบาดเจ็บต่ออวัยวะข้างเคียง เช่น ลำไส้ หรือกระเพาะปัสสาวะ ฯลฯ การทำหมันที่ล้มเหลวเกิดการตั้งครรภ์ขึ้นมักเกิดจากเทคนิคการผ่าตัดผิดพลาด หรือการกลับมาเชื่อมต่อของท่อนำไข่ หรือเกิดการตั้งครรภ์อยู่แล้วก่อนที่จะผ่าตัดทำหมัน ฯลฯ เป็นต้น

วิธีคุมกำเนิดโดยธรรมชาติ ได้แก่ การหลั่งภายนอก การนับระยะปลอดภัย หรือการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดามีความปลอดภัยสูง แทบไม่มีอันตรายต่อสุขภาพเลย แต่มีปัญหาในด้านประสิทธิภาพของการคุมกำเนิดและเงื่อนไขในการใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ ทำให้เมื่อใช้จริงจะมีอัตราล้มเหลวค่อนข้างสูง[5]

ถุงยางอนามัยเป็นวิธีคุมกำเนิดชนิดเดียวที่นอกจากจะป้องกันการตั้งครรภ์ได้แล้วยังสามารถป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการติดเชื้อเอดส์ แต่ประสิทธิภาพในการใช้จริงต่ำกว่าประสิทธิภาพทางทฤษฏีอยู่มาก ส่วนอันตรายต่อสุขภาพแทบไม่มีเลย อาจมีการแพ้ต่อถุงยางหรือสารหล่อลื่นที่เคลือบบนถุงยางในผู้ใช้บางคนเท่านั้น

วิธีคุมกำเนิดชนิดขวางกั้น นอกจากถุงยางอนามัยแล้ว ยังมีหมวกยางกั้นช่องคลอด (diaphragm) หมวกครอบปากมดลูก (cervical cap) และยาฆ่าอสุจิ ซึ่งมักไม่มีอันตรายต่อสุขภาพนอกจากการแพ้ยาในผู้ใช้บางราย และในบางกรณีอาจทำให้เกิดการถลอกหรือเป็นบาดแผลในช่องคลอดซึ่งอาจทำให้มีการติดเชื้อง่ายขึ้น

ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดของวิธีคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ดูรายละเอียดในบทที่ 3 เรื่องวิธีคุมกำเนิด

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือภาวะทางอายุรกรรม

ใน พ.ศ. 2543 องค์การอนามัยโลกได้พิมพ์และเผยแพร่คู่มือแนวทางปฏิบัติสำหรับการเลือกวิธีคุมกำเนิดในผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือมีภาวะทางอายุรกรรม (Medical eligibility criteria for contraceptive use) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เป็นแนวทางในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัยสำหรับผู้มีภาวะเงื่อนไขต่างๆ ดังกล่าว ต่อมาใน พ.ศ. 2547 ได้มีการปรับปรุงและเพิ่มเติมโดยมีคำแนะนำในรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ สำหรับผู้ที่มีเงื่อนไขพิเศษดังกล่าวให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เงื่อนไขดังกล่าวครอบคลุมถึงภาวะทางสรีรวิทยาที่ไม่ได้เป็นการเจ็บป่วย เช่น อายุน้อย (วัยรุ่น) อายุมาก (เกิน 40 ปี) ภาวะหลังคลอดหลังแท้ง ภาวะกำลังเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา สูบบุหรี่ ในการปรับปรุงครั้งนี้ได้เพิ่มเติมวิธีการคุมกำเนิดวิธีใหม่ๆ ได้แก่แผ่นแปะคุมกำเนิด (Evra®) ยาฉีดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (Cyclofem®) ยาฝังคุมกำเนิดชนิดเอทโนเจสเตรล (Implanon® หรือ Etoplan®) และวงแหวนคุมกำเนิด (NuvaRing®)

ในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิด ต้องพิจารณาสภาวะเงื่อนไขของผู้ใช้วิธีคุมกำเนิดร่วมไปกับคุณสมบัติเฉพาะของวิธีคุมกำเนิดแต่ละวิธี สามารถแบ่งได้เป็น 4 กลุ่ม[1] (ดูรายละเอียดในตารางที่ 2)

กลุ่มที่หนึ่ง (category 1) – ใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นๆ ได้โดยไม่มีข้อห้าม

กลุ่มที่สอง (category 2) – ใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นได้ ในกลุ่มนี้มีข้อดีมากกว่าอันตราย แต่ต้องมีการติดตามและดูแลทางการแพทย์

กลุ่มที่สาม (category 3) – ไม่ควรใช้วิธีนั้น เพราะมีอันตรายมากกว่าข้อดี ยกเว้นแพทย์หรือพยาบาลพิจารณาแล้วว่าไม่มีวิธีอื่นที่เหมาะสมกว่า และต้องมีการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิด

กลุ่มที่สี่ (category 4) – ห้ามใช้วิธีนั้น เพราะมีอันตรายต่อสุขภาพอย่างมาก

ตารางที่ 2 แสดงการจัดกลุ่มความหมายและข้อสรุปในการใช้วิธีคุมกำเนิด

กลุ่ม (category)	ความหมาย	สรุป
1	ใช้ได้เหมือนสตรีทั่วไป หาซื้อได้ตามร้านขายยา แบบ over-the-counter ไม่มีข้อจำกัดใดๆ	ใช้ได้
2	ใช้ได้ทั่วไป ไม่จำกัด แต่บางกรณีอาจมีอันตรายอยู่บ้าง ควรมีการตรวจติดตามหรือเฝ้าระวัง	
3	ไม่ควรใช้ แพทย์เป็นผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในกรณีจำเป็นจริง	ห้ามใช้
4	ห้ามใช้เด็ดขาด	

การคุมกำเนิดในผู้เยาว์ วัยรุ่น ผู้พิการหรือผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา

ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่สามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเอง หรือไม่มีความสามารถจะให้ความยินยอมหรือลงนามในเอกสารยินยอมรับการรักษาได้ กรณีเหล่านี้ยังคงยึดหลักเดียวกับการให้บริการวางแผนครอบครัวปกติ โดยเน้นที่การให้คำปรึกษาแก่ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ หรือผู้ดูแลเพื่อให้ประโยชน์สูงสุดตกอยู่กับผู้รับบริการ ในการนี้ ต้องมีการคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนและสิทธิทางด้านการเจริญพันธุ์ของผู้รับบริการด้วยเสมอ การคุมกำเนิดต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ เช่น การทำหมันในผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญาต้องไม่ใช่เป็นการบังคับหรือล่อลวง แต่ต้องผ่านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวเป็นอย่างดี

สำหรับในผู้เยาว์และวัยรุ่น สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนกับในผู้ใหญ่ อายุไม่ได้เป็นเงื่อนไขในการจำกัดสิทธิในการเลือกที่จะคุมกำเนิด มีข้อควรระวังอยู่บ้างในกรณีที่ใช้ยาฉีดคุมกำเนิด DMPA ในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 18 ปี เพราะมีรายงานว่าหากใช้ระยะยาวอาจทำให้มวลกระดูกลดลง แต่ก็กลับเพิ่มเป็นปกติได้หลังจากหยุดฉีดยา[6] การพิจารณาเลือกใช้ต้องคำนึงถึงความเหมาะสมและความเสี่ยงที่จะเกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในทางกลับกันวิธีคุมกำเนิดที่มีข้อควรระวังในสตรีอายุมาก เช่น ภาวะความดันโลหิตสูงหรือโรคหลอดเลือดหัวใจ ก็ไม่ได้เป็นข้อจำกัดในสตรีวัยรุ่น ในวัยรุ่นบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศสูง มีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน ย่อมมีอัตราเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูง การเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดก็ควรเป็นวิธีที่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย วัยรุ่นบางคนเปลี่ยนคู่เพศสัมพันธ์บ่อยๆ และต้องการวิธีคุมกำเนิดที่รักษาความลับได้ เช่น ยาฉีดคุมกำเนิด ทั้งหมดนี้จำเป็นที่วัยรุ่นต้องมีความรู้ความเข้าใจในวิธีคุมกำเนิด ผลข้างเคียงและประสิทธิภาพของวิธีนั้นๆ มีความสมัครใจและเต็มใจเลือกใช้วิธีนั้น[7]

สำหรับสตรีที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนกับสตรีที่เคยตั้งครรภ์และคลอดบุตร อาจมีความแตกต่างบ้างในกรณีใส่ห่วงอนามัย ซึ่งพบว่าในสตรีที่ไม่เคยตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยจะมีขนาดมดลูกเล็กกว่า ทำให้ห่วงหลุดได้ง่ายกว่า รวมทั้งมีอาการข้างเคียง เช่น ปวดท้องได้บ่อยกว่า สามารถแก้ไขได้โดยเลือกห่วงอนามัยที่มีขนาดเล็กหรือชนิดที่ไม่มีโครงพลาสติก ดังนั้น การใส่ห่วงอนามัยให้แก่สตรีวัยรุ่นที่ยังไม่เคยตั้งครรภ์จัดเป็น category 2 การใส่ห่วงอนามัยในสตรีที่เคยตั้งครรภ์คลอด หรือมีอายุเกินวัยรุ่นจัดเป็น category 1 ทั้งหมด

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีอายุมาก

มีความกังวลว่าฮอร์โมนคุมกำเนิดจะไปรบกวนการทำงานของระบบเมตาบอลิซึมของน้ำตาลและไขมันในร่างกาย โดยไปลด HDL และเพิ่ม LDL ซึ่งไปเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในสตรีที่มีอายุมาก ในอดีตเคยมีคำแนะนำว่าไม่ควรใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในสตรีที่อายุเกิน 40 ปี หรือถ้าใช้ก็ไม่ควรนานเกิน 5 ปี แนวคิดดังกล่าวไม่เป็นที่เชื่อถือต่อไปในปัจจุบัน เนื่องจากวิธีคุมกำเนิดในปัจจุบันมีการพัฒนาลดปริมาณฮอร์โมนลงมาก จึงมีความปลอดภัยสูง ในปัจจุบันสตรีอายุเกิน 40 ปี สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนได้อย่างปลอดภัย และสามารถใช้ต่อเนื่องไปจนถึงวัยหมดประจำเดือน แต่ก็สมควรได้รับการตรวจร่างกาย วัดความดันโลหิต ชั่งน้ำหนักตัวและตรวจภายในสม่ำเสมอ โดยที่ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดชนิด 1 เดือน แผ่นแปะคุมกำเนิดและวงแหวนคุมกำเนิด (NuvaRing®) จัดอยู่ใน

category 2 ส่วนยาฉีด DMPA และยาเม็ดชนิด progestin-only pill และยาฝังคุมกำเนิดจัดอยู่ใน category 1

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีหลังคลอด หลังแท้งและสตรีที่กำลังให้นมบุตร

โดยทั่วไปภาวะหลังคลอดยาวนานประมาณ 6 สัปดาห์ และภาวะหลังแท้งประมาณ 1-2 สัปดาห์ มักจะไม่เกิดการตกไข่ เนื่องจากสภาพร่างกายกำลังปรับตัวให้กลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์เหมือนก่อนตั้งครรภ์ ในช่วงดังกล่าวตามหลักการแล้วไม่จำเป็นต้องคุมกำเนิด คำแนะนำทั่วไป คือ หลังคลอดบุตรให้มาตรวจหลังคลอดตั้งแต่ 6 สัปดาห์เป็นต้นไป และตรวจหลังแท้งเมื่อ 1-2 สัปดาห์เป็นต้นไป และยังไม่ควรมีการร่วมเพศในช่วงดังกล่าว ทั้งนี้เพื่อรับบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด ซึ่งสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้โดยมีข้อพิจารณาเหมือนกับสตรีทั่วไปที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ (ยกเว้นในสตรีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นหลัก)

การได้รับฮอร์โมนคุมกำเนิดหลังคลอดก่อน 6 สัปดาห์ นั้น นอกจากจะเป็นการสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็นแล้ว ยังก่อให้เกิดผลเสียหลายประการ ได้แก่

1. ในระยะหลังคลอดใหม่ๆ การได้รับฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากได้รับฮอร์โมนภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด
2. ในสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา ฮอร์โมนคุมกำเนิดจะผ่านทางน้ำนมไปสู่ทารก เป็นการเพิ่มความเสี่ยงแก่ทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทารกที่ไม่แข็งแรง เช่น คลอดก่อนกำหนดหรือน้ำหนักน้อยก็จะเป็นการเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น
3. ฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนสามารถยับยั้งการสร้างและการหลั่งน้ำนมมารดาได้ จะมีผลกระทบต่อปริมาณและคุณภาพของน้ำนมมารดา อาจทำให้การเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาล้มเหลว[8]

อย่างไรก็ตาม ในสตรีหลังคลอดบางคนอาจมีการตกไข่ได้เร็ว เช่น ภายใน 3 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้น หากไม่ได้เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาแล้ว ก็อาจเริ่มวิธีคุมกำเนิดได้เหมือนกับสตรีที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ ทั้งนี้ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป เช่น น้ำคาวปลาหมด แผลฝีเย็บและช่องคลอดหายเป็นปกติ มีการร่วมเพศได้เร็ว ฯลฯ

ในสตรีหลังคลอดที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดานั้นมีข้อพิจารณาเป็นพิเศษดังต่อไปนี้

1. ในกรณีที่เลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นหลัก (exclusive breastfeeding, primary breastfeeding, dominant breastfeeding) การตกไข่จะล่าช้าออกไปมาก โดยทั่วไปมักเกินกว่า 12 สัปดาห์หลังคลอด ดังนั้น ไม่จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดใดๆ การคุมกำเนิดโดยการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาเป็นวิธีคุมกำเนิดธรรมชาติเฉพาะสำหรับมารดาหลังคลอด ซึ่งมีประสิทธิภาพสูง แต่ทั้งนี้ต้องมีเงื่อนไขครบ 3 ประการ คือ

1.1 ต้องเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดาอย่างเดียว ไม่มีนมผสมหรืออาหารเสริมใด ๆ

1.2 ต้องยังไม่มีประจำเดือนกลับคืนมา

1.3 ต้องอยู่ในระยะไม่เกิน 6 เดือนหลังคลอด

สตรีที่มีเงื่อนไขครบทั้ง 3 ข้อ จะอยู่ในภาวะที่น้ำนมไหลดี และไม่มีประจำเดือนเป็นระยะเวลานาน เรียกว่าภาวะขาดประจำเดือนเนื่องจากการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (lactational amenorrhea) บางคนอาจขาดประจำเดือนนานเกิน 1 ปี วิธีคุมกำเนิดแบบธรรมชาติวิธีนี้เรียกว่าวิธีคุมกำเนิดด้วยการเลี้ยงบุตรด้วยนมมารดา (lactational amenorrhea method)

2. ในกรณีที่มีเงื่อนไขไม่ครบ 3 ข้อ เช่น มีประจำเดือนกลับคืนมาแล้ว หรือให้นมผสม / อาหารเสริมร่วมกับนมมารดา แต่ยังมีความประสงค์จะให้นมมารดาต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ในกรณีนี้จำเป็นต้องใช้วิธีคุมกำเนิดมาเสริม แต่วิธีที่ใช้ต้องไม่มีผลกระทบต่อน้ำนมมารดา ดังนั้น โดยทั่วไปมารดาในกลุ่มนี้ควรหลีกเลี่ยงวิธีคุมกำเนิดที่ใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด 1 เดือน แผ่นแปะคุมกำเนิดและวงแหวนคุมกำเนิด (NuvaRing®)

ในสตรีหลังแท้งบุตรในไตรมาสแรก หลังจากหนึ่งสัปดาห์แล้วสามารถเริ่มวิธีคุมกำเนิดทั่วไปได้ตามปกติ หรืออาจจะเริ่มได้เลยในวันที่แท้งบุตร หรือหลังการขูดมดลูก ถ้าแน่ใจว่าแท้งครบ และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังแท้ง ถ้าเป็นการแท้งบุตรในไตรมาสที่สอง มดลูกมีขนาดใหญ่ การใส่ห่วงหลังแท้งอาจทำได้ยากกว่าการแท้งในไตรมาสแรกและมีอัตราห่วงหลุดสูง อาจต้องรอสองถึงสามสัปดาห์ ให้มดลูกมีขนาดเล็กลงจึงนัดมาใส่ห่วง ในกรณีที่เป็นแท้งติดเชื้อ ห้ามใส่ห่วงอนามัยจนกว่าภาวะติดเชื้อจะหายเป็นปกติ

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่สูบบุหรี่

ในกรณีที่สตรีสูบบุหรี่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี สามารถเลือกวิธีคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วๆ ไป (category 1) ยกเว้นในการเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน จำเป็นต้องมีการตรวจติดตามเพื่อดูแลการเปลี่ยนแปลงของความดันโลหิตและระบบหลอดเลือดหัวใจ (category 2) ในกรณีที่สตรีสูบบุหรี่อายุเกิน 35 ปี ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนทุกวิธี เพราะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหลอดเลือดดำอุดตัน และกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด โดยจัดอยู่ใน category 3 และถ้าสูบบุหรี่มากกว่าวันละ 15 มวน อันตรายจะยิ่งเพิ่มมากขึ้น จัดอยู่ใน category 4

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่เป็นโรคอ้วน

สตรีที่มีดรรชนีมวลกาย (body mass index = BMI) มากกว่า 30 กก./ตร.ม. ถือว่าเป็นโรคอ้วน (obesity) โดยทั่วไปสามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป อาจมีปัญหาเล็กน้อยในการคุมกำเนิดบางวิธี เช่น การใส่ห่วงอนามัยซึ่งต้องมีการตรวจภายใน อาจทำได้ยากกว่าสตรีที่น้ำหนักปกติ รวมทั้งการกรณีผ่าตัดทำหมันต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษในเรื่องการดมยาสลบและเทคนิคการผ่าตัด สตรีที่เป็นโรคอ้วนมีอัตราภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัดโดยทั่วไปเพิ่มขึ้น เช่น ผ่าตัดยาก ใช้เวลานาน เสียเลือดมาก แผลแยก หรือเป็น incisional hernia[9] การใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนของสตรีที่มีโรคอ้วนจัดอยู่ category 2 เนื่องจากต้องมีการตรวจติดตามภาวะความดันโลหิต เบาหวานและไขมันในเลือดสูง ซึ่งมักพบร่วมกับโรคอ้วน

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

ในสตรีที่มีโรคความดันโลหิตสูง ถ้าเกิดการตั้งครรภ์อาจเกิดอันตรายจากภาวะแทรกซ้อนมากกว่าสตรีที่มีความดันโลหิตปกติ ฮอร์โมนของการตั้งครรภ์มีผลเพิ่ม angiotensinogen ทำให้มีการเพิ่ม angiotensin II ซึ่งทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นได้มากในสตรีบางคน ฮอร์โมนคุมกำเนิดก็มีผลเช่นเดียวกันทำให้ความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจขาดเลือดและ stroke แต่ถ้ามีการควบคุมดูแลความดันโลหิตอย่างดี ก็ทำให้อัตราเสี่ยงนี้ลดลง สตรีที่มีโรคความดันโลหิตสูงสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดขวางกั้น ถุงยางอนามัยและห่วงอนามัยชนิดทองแดงได้อย่างปลอดภัย ในสตรีที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงไม่รุนแรงหรือสามารถควบคุมระดับความดันได้ดี เช่น ระดับความดันโลหิตต่ำกว่า 159/99 มม.ปรอท สามารถใช้ยาเม็ดชนิด progestion - only pill ยาฝังคุมกำเนิดและห่วงอนามัยชนิด Levonorgestrel ได้อย่างปลอดภัย แต่ถ้ามีความดันโลหิตสูงรุนแรงหรือไม่สามารถควบคุมได้ดี หรือเป็นความดันโลหิตสูงนานจนมีโรคของหลอดเลือดร่วมด้วย ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจนรวมทั้งยาฉีด DMPA ด้วย (catgegory 4/3) สำหรับยาเม็ด progestin - only pill ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัย levonorgestrel สามารถใช้ได้แต่ควรมีการตรวจติดตามเป็นระยะ (category 2)

ในสตรีที่เคยมีความดันโลหิตสูงระหว่างตั้งครรภ์ (pregnancy - induced hypertension) โดยที่ในขณะไม่ได้ตั้งครรภ์มีความดันโลหิตปกติสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป (category 1) แต่ถ้าจะใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนเอสโตรเจน ควรมีการตรวจติดตามเรื่องความดันโลหิต เพราะอาจมีความดันโลหิตสูงขึ้นได้ (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด (ischemic heart diseases) และโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจ (valvular heart diseases)

สตรีที่เป็นโรคหัวใจขาดเลือด ถ้าตั้งครรภ์จะมีอันตรายอย่างมาก ไม่สมควรจะมีบุตรอีกเลย การทำหมันน่าจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ถ้ายังไม่พร้อมจะทำหมัน การคุมกำเนิดด้วยวิธีขวางกั้น เช่น ถุงยางอนามัยจะปลอดภัยที่สุด หรืออาจใช้ห่วงอนามัยชนิดทองแดงก็ได้ แต่ไม่ควรใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดทุกชนิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งวิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนห้ามใช้โดยเด็ดขาด (category 4)

สตรีที่เป็นโรคเกี่ยวกับลิ้นหัวใจที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพในเกณฑ์ปกติ สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไปแต่ต้องมีการตรวจติดตามในกรณีเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 2) สำหรับสตรีที่มีโรคลิ้นหัวใจร่วมกับภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น pulmonary hypertension, atrial fibrillation, subacute bacterial endocarditis ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 4) แต่สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีโปรเจสตินอย่างเดียวได้ และถ้าเลือกใช้ห่วงอนามัยอาจต้องให้ยาปฏิชีวนะขณะใส่ห่วงเพื่อป้องกันลิ้นหัวใจติดเชื้อ (endocarditis) และต้องมีการตรวจติดตามใกล้ชิด (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีประวัติของ cerebrovascular accidents (stroke)

ฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้เกิดภาวะเลือดข้น (hypercoagulability) ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด thrombosis สตรีที่มีประวัติเป็นโรคนี้ควรใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีฮอร์โมน เช่น วิธีขวางกั้นหรือห่วงอนามัยชนิดทองแดง ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน รวมทั้งยาฉีด DMPA สำหรับยาเม็ดคุมกำเนิดชนิด progestin - only pill และยาฝังคุมกำเนิดให้ใช้ได้ในกรณีเริ่มใช้เป็นครั้งแรก (initiation = category 2) แต่ถ้าหากใช้แล้วเกิด stroke ห้ามใช้ต่อไป (continuation = category 3) ห่วงอนามัยชนิด levonorgestrel ให้ใช้ได้ แต่ต้องมีการตรวจติดตาม (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีภาวะไขมันในเลือดสูง

ภาวะไขมันในเลือดสูง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจขาดเลือด และภาวะเส้นเลือดอุดตัน ส่วนใหญ่จะพบในสตรีอายุมากหรือเป็นโรคอ้วน ซึ่งหากใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว แต่เนื่องจากภาวะไขมันในเลือดสูงพบได้น้อยในสตรีอายุน้อยที่มีน้ำหนักปกติ (ยกเว้นในโรคไขมันสูงพันธุกรรม ซึ่งพบได้น้อยมาก) ดังนั้น ในสตรีปกติจึงไม่จำเป็นต้องเจาะเลือดตรวจระดับไขมันก่อนที่จะใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด แต่ในกรณีที่ทราบอยู่แล้วว่ามีภาวะไขมันในเลือดสูง ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป หลักโดยทั่วไป คือ ใช้วิธีคุมกำเนิดที่ไม่มีฮอร์โมนจะปลอดภัยกว่า เช่น ห่วงอนามัยชนิดทองแดง หรือวิธีขวางกั้น แต่หากต้องการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดวิธีที่ไม่มีเอสโตรเจนจะปลอดภัยกว่า (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีภาวะความผิดปกติของหลอดเลือดดำ เส้นเลือดขอด หลอดเลือดดำอักเสบ

ภาวะดังกล่าวพบได้น้อยในสตรีไทย พบได้บ่อยกว่าในสตรีของทวีปยุโรปและอเมริกา ความเสี่ยงที่เกิดขึ้นเป็นผลจากการเพิ่มของฮอร์โมนเอสโตรเจนซึ่งไปเพิ่มความข้นของเลือด ทำให้เกิดเลือดไหลช้าลง โดยธรรมชาติภาวะนี้มักเกิดในเงื่อนไขที่มีเอสโตรเจนสูงเช่นในระหว่างการตั้งครรภ์ หลังคลอด หรือในภาวะที่ต้องมีการนอนนิ่งๆ ไม่เคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เช่น การผ่าตัดใหญ่ ดังนั้น ในอดีตจึงห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมในภาวะหลังคลอดและหลังผ่าตัด หรือถ้าใช้อยู่ก็ให้หยุดใช้ก่อนผ่าตัดเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ ในระยะหลังพบว่ากลุ่มสตรีที่มีภาวะผิดปกติทางพันธุกรรม ได้แก่ Factor V Leiden mutation; Protein S, Protein C, and antithrombin deficiencies จะมีความเสี่ยงต่อภาวะ thrombosis มากเป็นพิเศษ โดยสตรีที่มีภาวะนี้หากใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมจะเพิ่มอัตราเสี่ยงมากขึ้นถึง 2-20 เท่า[10] อย่างไรก็ตามในปัจจุบันปริมาณ ฮอร์โมนในวิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ลดลงกว่าในอดีตเป็นอย่างมาก อุบัติการณ์และความรุนแรงของภาวะแทรกซ้อนนี้จึงลดลงมากในช่วงเวลาที่ผ่านมา

ในสตรีที่มีประวัติเป็นหรือกำลังป่วยเป็นโรคหลอดเลือดดำอักเสบ / อุดตัน เช่น deep vein thrombosis หรือ pulmonary embolism ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมนทุกชนิด (category 4/3) ให้ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดขวางกั้นหรือห่วงอนามัยชนิดทองแดงจะปลอดภัยกว่า สำหรับผู้ที่มีประวัติป่วยเป็นโรคนี้แต่หายเป็นปกติ สามารถใช้วิธีฮอร์โมนที่ไม่มีเอสโตรเจนได้ (category 2) ในสตรีปกติที่มีญาติชั้นที่หนึ่ง (first degree relatives) ป่วยเป็นโรคนี้ สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป แต่ยังควรมีการตรวจติดตามในกรณีใช้วิธีที่มีเอสโตรเจน (category 2)

ในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ หากไม่ต้องนอนนิ่งเป็นเวลานาน สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป แต่หากเป็นวิธีที่มีเอสโตรเจนก็ควรมีการเฝ้าระวังและตรวจติดตามบ้าง (category 2) ในสตรีที่เข้ารับการผ่าตัดใหญ่ที่ต้องนอนนิ่งเป็นเวลานานห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 4) ให้ใช้วิธีที่มีโปรเจสตินอย่างเดียวได้ โดยที่ต้องมีการเฝ้าระวังและตรวจติดตาม (category 2) โดยไม่จำเป็นต้องหยุดการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดก่อนการผ่าตัด สำหรับกรณีการผ่าตัดเล็กให้ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้ไม่แตกต่างจากสตรีปกติ

สตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางพันธุกรรมเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด เช่น Factor V Leiden mutation; Protein S, Protein C และ antithrombin deficiencies เหล่านี้ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 4) แต่สามารถใช้วิธีที่เป็นโปรเจสตินอย่างเดียวได้โดยต้องมีการตรวจติดตามเฝ้าระวัง (category 2) ในกรณีที่ต้องการใส่ห่วงอนามัยใช้ได้เหมือนสตรีทั่วไป แต่ถ้าเป็นห่วงอนามัยชนิด levonorgestrel ควรมีการตรวจติดตามเฝ้าระวัง (category 2) ในทางปฏิบัติยังไม่มีการตรวจคัดกรองภาวะเหล่านี้ในผู้รับบริการคุมกำเนิด เนื่องจากโรคนี้มีอุบัติการณ์ต่ำมาก และวิธีตรวจคัดกรองมีราคาแพง

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีโรคปวดศีรษะ

อาการปวดศีรษะพบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์ มีสาเหตุมากมาย ตั้งแต่สภาวะจิตใจ สภาพแวดล้อม ไปจนถึงความเจ็บป่วย รวมทั้งโรคของระบบประสาท วิธีคุมกำเนิดที่มีฮอร์โมน อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทในสตรีบางคน โดยเฉพาะอย่างยิ่งสตรีที่เป็นโรคปวดศีรษะชนิดไมเกรน สำหรับอาการปวดศีรษะที่ไม่ใช่ไมเกรนไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิด สตรีที่มีอาการปวดศีรษะที่ไม่ใช่ไมเกรนสามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัย แต่ทั้งนี้หากพบว่าอาการปวดศีรษะรุนแรงขึ้น ต้องเพิ่มการเฝ้าระวังตรวจติดตามในกลุ่มที่ใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 2) และต้องพิจารณาปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ทำให้เกิด stroke เช่น อายุ ความดันโลหิตสูง และการสูบบุหรี่

ในสตรีที่เป็นโรคปวดศีรษะไมเกรน พบว่าถ้ามีกลุ่มอาการก่อนชัก (aura) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด stroke มากกว่าสตรีที่ไม่มี aura[11] และถ้าสตรีที่เป็นโรคไมเกรนใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวมก็จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด stroke มากขึ้น 2-4 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับสตรีกลุ่มเดียวกันที่ไม่ได้ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด[12] คาดว่าสาเหตุสำคัญมาจากฮอร์โมนเอสโตรเจน ดังนั้น สตรีที่เป็นโรคไมเกรนชนิดมี aura ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจนทุกชนิด (category 4) ส่วนวิธีที่มีโปรเจสติน อย่างเดียวสามารถใช้ได้โดยมีการตรวจติดตาม (category 2) แต่ถ้าระหว่างใช้เกิดอาการปวดศีรษะ ก็ควรหยุดใช้ (category 3)

สำหรับสตรีที่เป็นโรคไมเกรนชนิดไม่มี aura ถ้ามีอายุน้อยๆ (ต่ำกว่า 35 ปี) ก็สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้โดยต้องมีการตรวจติดตาม (category 2) แต่ถ้าหากเกิดอาการปวดศีรษะขึ้นมา ก็ควรหยุดใช้ (category 3) สำหรับสตรีที่เป็นโรคไมเกรนที่ไม่มี aura ถ้ามีอายุมากห้ามใช้ฮอร์โมนเอสโตรเจน (category 4/3) แต่สามารถใช้วิธีที่มีโปรเจสตินอย่างเดียวได้โดยต้องมีการตรวจติดตาม (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในผู้ที่เป็นโรคลมชัก (epilepsy)

สตรีที่เป็นโรคลมชักสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดต่างๆ ได้เหมือนกับสตรีทั่วไป ฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่มีผลต่อการดำเนินของโรค ไม่ทำให้อาการชักเป็นบ่อยขึ้นหรือมากขึ้น ปัญหาที่เกิดขึ้นในสตรีกลุ่มนี้ที่ใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดก็คือ ยากันชักรบกวนประสิทธิภาพของฮอร์โมนคุมกำเนิด (drug interaction) ถ้าใช้ร่วมกันอาจทำให้ฮอร์โมนคุมกำเนิดล้มเหลวเกิดการตั้งครรภ์ไม่ปรารถนาได้ ยากันชักหลายชนิด เช่น กลุ่ม barbiturates, phenytoin, carbamazepine, primidone, topiramate และ oxcarbazepine สามารถเร่งการทำงานของตับให้เพิ่มมากขึ้น (induction of microsomal enzymes) สามารถขจัดสารต่างๆ รวมทั้งฮอร์โมนคุมกำเนิดได้รวดเร็วกว่าเดิม เป็นผลทำให้ระดับของฮอร์โมนคุมกำเนิดในกระแสเลือดลดต่ำลงกว่าปกติ[13,14] กลไกนี้ เป็นสาเหตุให้เกิดการคุมกำเนิดล้มเหลวในสตรีที่รับประทานยากันชักร่วมกับใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด นอกจากนั้น ระดับฮอร์โมนที่ต่ำลงเป็นผลทำให้เกิดเลือดออกในระหว่างการรับประทานยา (breakthrough bleeding)

สำหรับสตรีที่เป็นโรคลมชักและต้องใช้ยากันชักกลุ่มดังกล่าวเป็นประจำ ห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (category 3) สำหรับแผ่นแปะคุมกำเนิด (Evra®) วงแหวนคุมกำเนิด (NuvaRing®) นั้น เป็นวิธีใหม่และยังมีงานวิจัยน้อยเมื่อเทียบกับยาเม็ดคุมกำเนิด แต่โดยหลักการแล้วน่าจะจัดอยู่ในประเภทเดียวกันและถูกกระทบด้วย drug interaction เหมือนๆ กัน ดังนั้น ทั้งหมดจึงจัดอยู่ใน category 3 ด้วยกัน

สำหรับฮอร์โมนคุมกำเนิดด้วยวิธีฉีด ได้แก่ยาฉีดชนิด 1 เดือน (Cyclofem®) และยาฉีดชนิด 3 เดือน (DMPA) สามารถใช้ได้โดยมีการตรวจติดตาม (category 2) เนื่องจากการฉีดทำให้ยาไม่ต้องผ่านการทำลายที่ตับในระยะแรก (first pass metabolism) และยาฉีด DMPA มีระดับฮอร์โมนในเลือดสูงกว่าวิธีอื่นๆ ระดับฮอร์โมนในเลือดน่าจะไม่ถูกกระทบมากนัก

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่เป็นโรคเบาหวาน

ในสตรีที่เป็นโรคเบาหวาน อันตรายจากภาวะแทรกซ้อนของการตั้งครรภ์และการใช้วิธีคุมกำเนิดจะเพิ่มมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของโรค ในผู้ที่เป็นเบาหวานระดับไม่รุนแรง เช่น เบาหวานในระหว่างตั้งครรภ์ (gestational diabetes) สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป ในผู้เป็นเบาหวานน้อยกว่า 20 ปี ที่ไม่ต้องใช้อินสุลิน (non-insulin dependent) สามารถใช้วิธีคุมกำเนิดทั่วไปโดยมีการตรวจติดตาม (category 2)

การใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดมีผลกระทบต่อ carbohydrate tolerance อาจทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ยากกว่าเดิม ในผู้ที่เป็นเบาหวานระดับรุนแรง เช่น มีพยาธิสภาพของหลอดเลือด จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดเส้นเลือดอุดตันเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน ในสตรีที่ใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดโปรเจสตินอย่างเดียวเป็นระยะเวลานานจนเกิดภาวะขาดประจำเดือน จะมีสภาพคล้ายหมดประจำเดือน มีระดับเอสโตรเจนในเลือดต่ำ ทำให้ระดับ HDL ในเลือดลดลง ซึ่งเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเช่นเดียวกัน สตรีที่เป็นเบาหวานระดับรุนแรงเหล่านี้ ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดฮอร์โมนรวม (category 4/3) และห้ามใช้ DMPA (category 3) ยังสามารถใช้ยาเม็ดชนิด progestin-only pill ยาฝังคุมกำเนิด และห่วงอนามัยชนิด levonorgestrel ได้ (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่เป็นโรคระบบน้ำดีและถุงน้ำดี

ฮอร์โมนเอสโตรเจนมีผลกระทบต่อการทำงานของระบบน้ำดี ภาวะที่มีการเพิ่มเอสโตรเจนเช่น การตั้งครรภ์ หรือการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน อาจทำให้เกิดโรคดีซ่าน (cholestatic jaundice) หรือนิ่วในถุงน้ำดี หรือถุงน้ำดีอักเสบได้ ในทำนองเดียวกันในสตรีที่เป็นโรคเหล่านี้อยู่แล้ว ก็อาจมีอาการรุนแรงมากขึ้นเมื่อตั้งครรภ์หรือได้รับเอสโตรเจน ดังนั้น สตรีที่กำลังป่วยเป็นโรคของระบบน้ำดีและกำลังได้รับยารักษาอาการอยู่ ห้ามใช้วิธีคุมกำเนิดที่มีเอสโตรเจน (category 3)

สตรีที่เคยมีประวัติผ่าตัดถุงน้ำดีออกไปแล้ว หรือเคยมีประวัติดีซ่านแต่ไม่มีอาการในปัจจุบัน สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้อย่างปลอดภัยโดยมีการตรวจติดตาม (category 2) เช่นเดียวกันกับสตรีที่เคยมีประวัติดีซ่านระหว่างตั้งครรภ์ (pregnancy-related cholestasis) สามารถใช้เอสโตรเจนได้โดยมีการตรวจติดตาม (category 2)

อย่างไรก็ตาม ยาฉีดคุมกำเนิดชนิด 1 เดือน น่าจะสามารถใช้กับสตรีที่เป็นโรคในระบบน้ำดีและถุงน้ำดีได้ทุกกรณี เนื่องจากมีระดับฮอร์โมนในเลือดต่ำ และไม่มี first pass metabolism ที่ตับ ซึ่งการใช้ควรมีการตรวจติดตามด้วย (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่เป็นโรคตับ

ฮอร์โมนคุมกำเนิดทุกชนิดถูกขจัดทำลายที่ตับ ดังนั้น การให้ฮอร์โมนคุมกำเนิดแก่สตรีที่เป็นโรคตับเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตับทำงานล้มเหลวและตับวาย นอกจากนั้น ยังอาจกระตุ้นให้เกิดเนื้องอกของตับได้ (focal nudular hyperplasia, hepatic adenoma และ hepatocellular carcinoma) [15]

ในสตรีที่กำลังป่วยเป็นโรคตับ เช่น กำลังเป็นดีซ่านจากตับอักเสบ (active hepatitis) มีภาวะตับแข็ง (cirrhosis) หรือมีเนื้องอก-มะเร็งตับ ห้ามใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดทุกชนิด (category 4/3) สตรีเหล่านี้ให้ใช้วิธีอื่น เช่น วิธีขวางกั้น และไม่ควรตั้งครรภ์จนกว่าภาวะการทำงานของตับจะกลับมาเป็นปกติ

สำหรับสตรีที่เป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบที่ไม่มีอาการ (carrier) สามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดได้เหมือนสตรีทั่วไป

การเลือกวิธีคุมกำเนิดสำหรับสตรีที่มีภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกรานและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิธีคุมกำเนิดส่วนใหญ่ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ ในสตรีที่มีความเสี่ยงต่อโรคนี้ และยังไม่ประสงค์จะตั้งครรภ์สามารถเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดที่ให้ผลป้องกันได้ทั้งสองกรณี (dual protection) ตัวอย่าง เช่น ถุงยางอนามัยทั้งชายและหญิงถ้าหากใช้เป็นประจำอย่างถูกต้องสามารถป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดี

ภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกราน (pelvic inflammatory disease = PID) ส่วนใหญ่เกิดจากเชื้อหนองในแท้และหนองในเทียม ลุกลามจากปากมดลูกขึ้นไปในโพรงมดลูก ท่อนำไข่และอุ้งเชิงกราน อาจทำให้เกิดพยาธิสภาพรุนแรงต่ออวัยวะที่เกี่ยวข้อง เช่น ทำให้ท่อนำไข่อุดตัน เป็นหมัน หรือเกิดการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรือเกิดถุงหนองในอุ้งเชิงกราน ติดเชื้อในกระแสเลือดรุนแรง septic shock หรือเสียชีวิตได้ การใส่ห่วงอนามัยและการใส่สิ่งแปลกปลอมเข้าไปในโพรงมดลูกเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะอักเสบในอุ้งเชิงกรานหรือเพิ่มให้มีอาการอักเสบรุนแรงมากขึ้นได้ ภาวะนี้สามารถรักษาให้หายได้ด้วยยาปฏิชีวนะ แต่ถ้าได้รับเชื้ออีกก็สามารถกลับเป็นใหม่ได้ การมีคู่เพศสัมพันธ์หลายๆ คน เป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะนี้ ในสตรีที่กำลังมีการอักเสบในอุ้งเชิงกรานหรือตรวจภายในพบว่ากำลังเป็นหนองในแท้หรือหนองในเทียมห้ามใช้ห่วงอนามัย (category 4) หรือในสตรีที่ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อหนองในแท้หนองในเทียมก็ห้ามใช้เช่นเดียวกัน (category 3) มีข้อยกเว้นในกรณีที่กำลังใช้ห่วงอนามัยโดยที่ในตอนแรก

ปกติแต่ต่อมาเกิดภาวะเชิงกรานอักเสบ เมื่อรักษาให้หายด้วยยาปฏิชีวนะแล้วอาจให้ใช้ห่วงอนามัยต่อไป ถ้ายังไม่อยากถอดห่วง แต่ต้องมีการตรวจติดตาม (category 2) และต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำหรับสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น ซิฟิลิส เริม แผลริมอ่อน ช่องคลอดอักเสบจากเชื้อพยาธิทริโคโมแนส สามารถใช้ห่วงอนามัยได้โดยมีการตรวจติดตาม (category 2)

ในสตรีที่เคยมีประวัติเชิงกรานอักเสบ แต่หายเป็นปกติแล้ว และสามารถตั้งครรภ์ได้หลังจากนั้น และไม่มีปัจจัยเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สตรีกลุ่มนี้สามารถใช้ห่วงอนามัยได้เหมือนสตรีทั่วไป แต่หากยังไม่สามารถตั้งครรภ์ได้ การใช้ห่วงอนามัยควรมีการตรวจติดตาม (category 2)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่เป็นวัณโรค

วัณโรคยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในหลายภูมิภาคในโลก และยังมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย ฮอร์โมนคุมกำเนิดไม่มีผลกระทบต่อการดำเนินโรคของวัณโรค ผู้ป่วยวัณโรคสามารถใช้วิธีคุมกำเนิดได้เหมือนคนปกติ มีข้อยกเว้น 2 กรณี

ในกรณีแรก สตรีที่ป่วยเป็นวัณโรคที่กำลังได้รับการรักษาด้วยยา rifampicin ควรหลีกเลี่ยงการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดทุกชนิด (category 3) เนื่องจากยาตัวนี้สามารถเร่งการทำงานของ microsomal enzymes ในตับ ทำให้มีการขจัดทำลายฮอร์โมนเร็วกว่าปกติ ซึ่งมีผลให้ระดับฮอร์โมนในเลือดลดลง และมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการคุมกำเนิด (16) เป็นกลไกเดียวกันกับการเกิด drug interaction ระหว่างยากลุ่มยากันชักกับฮอร์โมนคุมกำเนิด

กรณีที่สอง สตรีที่ป่วยเป็นวัณโรคในอุ้งเชิงกราน รวมทั้งวัณโรคของโพรงมดลูก ห้ามใช้ห่วงอนามัยในการคุมกำเนิด (category 4/3) เนื่องจากอาจทำให้โรคลุกลามรุนแรงมากขึ้น เหมือนในกรณีการอักเสบในอุ้งเชิงกราน

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในสตรีที่มีเนื้องอกตัวมดลูก (myoma uteri)

เนื้องอกตัวมดลูก (myoma, fibroids, leiomyoma) เป็นเนื้องอกที่พบได้บ่อยในสตรีวัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีอายุเกิน 30 ปี ในปัจจุบันการตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง สามารถวินิจฉัยเนื้องอกตัวมดลูกขนาดเล็กที่ยังไม่มีอาการและไม่สามารถตรวจได้ด้วยการตรวจภายในตามปกติ นอกจากนั้นแล้ว การตรวจด้วยคลื่นเสียงความถี่สูงยังสามารถบอกตำแหน่ง ลักษณะการวางตัว รวมทั้งพยาธิสภาพที่มีต่อโพรงมดลูกอีกด้วย ในอดีตมีข้อวิตกว่าฮอร์โมนเอสโตรเจนในยาเม็ดคุมกำเนิดอาจกระตุ้นให้เนื้องอกเหล่านี้โตขึ้นได้ แต่จากการศึกษาพบว่าเป็นไปในทางตรงข้าม นอกจากฮอร์โมนคุมกำเนิดจะไม่กระตุ้นให้เนื้องอกมดลูกโตขึ้นแล้ว ยังช่วยป้องกันการเกิดเนื้องอกเหล่านี้ได้อีกด้วย[17] ในสตรีที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกตัวมดลูกสามารถใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดรวมทั้งวิธีคุมกำเนิดอื่นๆ ได้เหมือนสตรีทั่วๆ ไป ยกเว้นกรณีเดียว คือ เป็นเนื้องอกมดลูกชนิดที่เบียดโพรงมดลูกให้ผิดรูปร่าง อาจทำให้ห่วงอนามัยไม่สามารถคงรูปอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะมีผลกระทบต่อประสิทธิภาพของห่วงอนามัย เหตุผลเดียวกันนี้ประยุกต์ใช้ได้กับกรณีมดลูกรูปร่างผิดปกติ แต่กำเนิดชนิดโพรงมดลูกบิดเบี้ยว ห้ามใช้ห่วงอนามัยในกรณีเหล่านี้ (category 4)

การเลือกวิธีคุมกำเนิดในผู้ติดเชื้อ HIV และโรคเอดส์

ยังไม่เป็นที่แน่ชัดว่าการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดมีผลกระทบต่อสุขภาพ การติดเชื้อและการดำเนินโรคในผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยโรคเอดส์ การเลือกวิธีคุมกำเนิดในผู้ป่วยโรคนี้ สามารถทำได้เหมือนในกรณีคนปกติ อย่างไรก็ตามในกรณีที่มีการใช้ยาต้าน HIV (antiretroviral drugs) ซึ่งในปัจจุบันมีหลายกลุ่ม ในทางทฤษฎีสามารถจะเกิดปฏิกิริยา (drug interaction) กับฮอร์โมนคุมกำเนิดที่ใช้ได้ อาจจะเป็นการเสริมฤทธิ์หรือลดประสิทธิภาพซึ่งกันและกันได้ทั้งสองทาง ยาฉีด DMPA และยาฝังคุมกำเนิดน่าจะได้รับผลกระทบน้อยกว่ายาเม็ดคุมกำเนิดเนื่องจากระดับฮอร์โมนในเลือดสูงกว่า ในสตรีที่ติดเชื้อ HIV และกำลังได้รับยา antiretroviral drugs ถ้าหากต้องการคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนควรใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วยเสมอ เพราะนอกจากเป็นการเสริมประสิทธิภาพการคุมกำเนิดในกรณีเกิด drug interaction แล้วยังเป็นการป้องกันการถ่ายเทเชื้อไปยังคู่เพศสัมพันธ์หรือรับเชื้อเพิ่มอีกด้วย

ในกรณีของห่วงอนามัย เดิมคาดว่าห่วงอนามัยทำให้เกิดการอักเสบภายในโพรงมดลูก และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV แต่ผลการศึกษาในระยะหลังๆ ไม่เป็นไปตามที่คาด[18,19] สตรีที่ติดเชื้อ HIV สามารถใช้ห่วงอนามัยได้โดยมีการตรวจติดตาม (category 2) โดยที่ต้องเฝ้าระวังอาการอุ้งเชิงกรานอักเสบ แต่ถ้าในกรณีเกิดอาการของโรคเอดส์แล้ว ห้ามใช้ห่วงอนามัย (category 3)

ในกลุ่มสตรีที่ติดเชื้อ HIV กำลังได้รับยา antiretroviral drugs และกำลังใช้ห่วงอนามัย หากต่อมาเกิดอาการของโรคเอดส์ขึ้น อาจใช้ห่วงอนามัยต่อไปได้ แต่ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ไป และมีการตรวจติดตาม (category 2)

สำหรับยาฆ่าอสุจิ (spermicide) ห้ามใช้ในสตรีติดเชื้อ HIV (category 4) เนื่องจากมีหลักฐานชัดเจนว่าสตรีติดเชื้อ HIV ที่ใช้ nonoxynol - 9 เป็นประจำ มักเกิดแผลในช่องคลอดและอวัยวะเพศ ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV[20]

สรุป

การคุมกำเนิดสำหรับผู้ที่มีโรคหรือภาวะทางอายุรกรรมนั้น จะต้องพิจารณาถึงความรุนแรงของโรคและอันตรายที่จะเกิดขึ้นถ้าปล่อยให้มีการตั้งครรภ์ ในกรณีที่มีบุตรเพียงพอแล้ว หรือภาวะของโรครุนแรงจนไม่สามารถให้ตั้งครรภ์อีกต่อไป ควรคุมกำเนิดถาวร การทำหมันชายดีกว่าหมันหญิงในกรณีนี้ เพราะปลอดภัยกว่าและทำได้ง่ายกว่า การทำหมันหญิงก็สามารถทำได้โดยมีการเตรียมพร้อมก่อนผ่าตัดให้เหมาะสม ในกรณีที่ต้องการคุมกำเนิดชั่วคราว วิธีคุมกำเนิดตามธรรมชาติและวิธีขวางกั้นมีความปลอดภัยสูงกว่าวิธีอื่นๆ แต่ถ้าใช้ต่อเนื่องนานๆ มีปัญหาเรื่องการคุมกำเนิดล้มเหลว ซึ่งมักเกิดจากการใช้ไม่สม่ำเสมอหรือไม่ถูกต้อง สำหรับวิธีคุมกำเนิดด้วยฮอร์โมนในปัจจุบันมีหลากหลายวิธีและมีผลกระทบต่อระบบการเผาผลาญน้ำตาลและไขมัน ระบบหัวใจและหลอดเลือดที่แตกต่างกันตามแต่วิธีและปริมาณฮอร์โมนที่ใช้ ส่วนใหญ่สามารถใช้ได้โดยมีการตรวจติดตามหรืออยู่ในความดูแลของแพทย์ ข้อจำกัดของการใช้ฮอร์โมนคุมกำเนิดบางประการได้ถูกยกเลิกไปเนื่องจากไม่มีหลักฐานสนับสนุน เช่น การห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดติดต่อเป็นเวลานาน หรือห้ามใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดในสตรีที่มีเนื้องอกตัวมดลูก ห่วงอนามัยเป็นอีกวิธีหนึ่งซึ่งสามารถใช้ได้ดีเป็นเวลานาน และใช้ได้แม้ในกรณีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้ติดเชื้อ HIV ที่ไม่มีอาการ ถุงยางอนามัยเป็นวิธีที่ให้ผลป้องกันแบบทวิ คือ ป้องกันการตั้งครรภ์ และป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd ed. Geneva : World Health Oganization, 2004.
2. สุวชัย อินทรประเสริฐ. การคุมกำเนิดในผู้ที่มีโรคหรือภาวะทางอายุรกรรม. เอกสารประกอบการบรรยายสำหรับแพทย์ประจำบ้าน ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มีนาคม 2542
3. Dunn NR, Arscott A, Thorogood M. The relationship between use of oral contraceptives and myocardial infarction in young women with fatal outcome, compared to those who survive : result from the MICA case-control study. Contraception 2001; 63 : 65-9.
4. Morrison CS, Sekadde-Kigondu C, Miller WC, Weiner DH, Sinei SK. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. Contraception 1999;59:97-106.
5. Trussel J. Contraceptive efficacy. In :Hatcher RA, Trussel J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D, editors. Contraceptive technology: 18th revised edition. New York : Ardent Media, 2004
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. BJOG 2001;108:1214-21.
7. สัญญา ภัทราชัย. การคุมกำเนิดในวัยรุ่น. ใน : หนังสือการประชุมวิชาการกลางปีพ.ศ. 2548, ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2548 : 73-81.
8. McCann MF, Liskin LS, Piotrow PT, Rinehart W, Fox G. Breast-feeding, fertility, and family planning. Popul Rep J 1981; 9 : 525-75.
9. Jamieson DJ, Hillis SD, Duerr A, Marchbanks PA, Costello C, Peterson HB. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. Obstet Gynecol 2000 ; 96:997-1002.
10. Vandenbroucke JP, Koster T, Briet E, Reitsma PH, Bertina RM, Rosendaal FR. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. Lancet 1994; 344:1453-7.
11. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women : case-control study. The World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. BMJ 1999;318:13-8.
12. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry 2002; 73: 747-50.

13. Back DJ, Bates M, Bowden A, Breckenridge AM, Hall MJ, Jones H, Maciver M . The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. Contraception 1980; 22:495-503.

14. Fattore C, Cipolla G, Gatti G, Limido GL, Sturmy Y, Bernasconi C, Perucca E. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. Epilepsia 1999 ; 40:783-7.

15. Faginoli S, Van Thiel DH. The liver in endocrine disorders. In: Rustgi VK, Van Thiel DH, editors. The liver in systemic diseases. New York : Raven Press, 1993 : 294-5.

16. Back DJ, Breckenridge AM, Crawford FE, Hall JM, MacIver M, Orme ML, et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. Contraception 1980; 21:135-43.

17. Chiafarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Marsico S, Surace M, Ricci E. Use of oral contraceptive and uterine fibroids : result from a case control study. BJOG 1999; 106:857

18. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. BMJ 1992; 304: 809-13.

19. Morrison CS, Sekadde-Kigondu C, Sinei SK, Weiner DH, Kwok C, Kokonya D, Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1 infected women? BJOG 2001 ; 108 :784-90.

20. Wilkinson D, RamJee G, Tholandi M, Rutherford G. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002 4 :CD003936

บทที่ 15

คุณภาพบริการวางแผนครอบครัว
(Quality of Family Planning Services)

สุวนิตย์ สร้างศรีวงค์
ยุพา พูนขำ

บทที่ 15

คุณภาพบริการวางแผนครอบครัว
(Quality of Family Planning Services)

สุวนิตย์ สร้างศรีวงศ์
ยุพา พูนขำ

คำนำ

นิยามสำหรับคุณภาพของการบริการและการดูแลทางการแพทย์นั้น หมายถึง คุณลักษณะที่เป็นไปตามมาตรฐานที่เหมาะสม ปราศจากข้อผิดพลาด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี และตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการและเป็นที่พึงพอใจ[1] ในยุคปัจจุบันการพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลมีความสำคัญขึ้นเรื่อยๆ เหตุที่ต้องมีการพัฒนาคุณภาพบริการเนื่องมาจากสถานบริการด้านสุขภาพต้องเผชิญกับความกดดันทั้งภายในและภายนอก ทั้งความต้องการของประชาชนผู้รับบริการที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง ตลอดจนถึงความรู้สึกและความคาดหวังของผู้ให้บริการ ผู้บริหาร และผู้จ่ายเงินที่ไม่สอดคล้องกัน การพัฒนาคุณภาพบริการและการดูแลด้านสุขภาพนั้น มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่อง เริ่มจากยุคของการตรวจสอบคุณภาพ แล้วต่อด้วยยุคของการควบคุมคุณภาพ ยุคของการประกันคุณภาพ และก้าวเข้ายุคปัจจุบัน คือ ยุคของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (total quality management-TQM) ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารที่พยายามทำให้องค์กรเกิดศักยภาพในการแข่งขันสูงสุด โดยผ่านกระบวนการพัฒนาคุณภาพของทั้งผลิตภัณฑ์ บริการ คน กระบวนการ และสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่อง[2]

การพัฒนาคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวก็มีความสำคัญไม่ได้ยิ่งหย่อนไปกว่าบริการสุขภาพด้านอื่นๆ เพราะเป็นบริการหนึ่งของการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร อย่างไรก็ตามผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่างานบริการวางแผนครอบครัวของประเทศไทยควรได้รับการปรับปรุง เนื่องจากระยะหลังนี้ สถานบริการมีการจัดซื้อเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่หลากหลายและแตกต่างกัน การขาดแคลนเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูงและต้นทุนสูง จึงไม่สามารถให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการ ผู้ให้บริการขาดความรู้และทักษะการให้บริการวางแผนครอบครัว[3] ผู้รับบริการต้องการให้มีเอกสารให้ความรู้เกี่ยวกับวางแผนครอบครัวแจกให้อย่างทั่วถึง ต้องการให้ผู้ให้บริการซักประวัติและตรวจร่างกายก่อนให้บริการ ต้องการให้มียาเม็ดคุมกำเนิดหลายๆ ยี่ห้อให้เลือก มิใช่มียี่ห้อเดียว และต้องการคำแนะนำจากผู้ให้บริการว่าควรจะใช้วิธีคุมกำเนิดชนิดหนึ่งนานกี่ปีจึงสมควรเปลี่ยนไปใช้วิธีอื่นบ้าง[4] ดังนั้น การพัฒนาและปรับปรุงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวก็จะเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และสถานพยาบาล

คุณภาพบริการวางแผนครอบครัว

องค์กรระหว่างประเทศได้กำหนดมิติคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวไว้ ดังนี้

1. การให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ (information to clients)[5,6,7] ผู้รับบริการมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดจากผู้ให้บริการอย่างครบถ้วน เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นปัจจัยเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดต่างๆ ประสิทธิภาพ วิธีใช้ที่ถูกต้อง กลไก การออกฤทธิ์ อาการข้างเคียง ภาวะเสี่ยงและประโยชน์ของวิธีคุมกำเนิด อาการและอาการแสดงที่ต้องกลับมาพบผู้ให้บริการ ข้อมูลการกลับสู่ภาวะเจริญพันธุ์ เมื่อหยุดใช้หรือใช้ไม่ต่อเนื่อง ข้อมูลการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. วิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายให้เลือก (choice of method)[5,7] สถานบริการควรมีวิธีคุมกำเนิดที่แตกต่างกันและหลากหลาย วิธีที่เหมาะสมกับผู้รับบริการขึ้นอยู่กับอายุ เพศ ความตั้งใจในการใช้ สภาวะทางร่างกายสุขภาพ และเศรษฐกิจ โดยทางเลือกต้องเป็นความพอใจของผู้รับบริการ และมีผลข้างเคียงน้อยที่สุด การให้บริการคุมกำเนิดหลากหลายวิธีนั้น ต้องคำนึงถึงศักยภาพของสถานบริการ และความสามารถทางเทคนิคของผู้ให้บริการด้วย เช่น สถานีอนามัยควรมีบริการถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิดหลายชนิดให้เลือก ยาฉีดคุมกำเนิด บางแห่งซึ่งมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมการใส่ห่วงอนามัยก็ควรมีห่วงอนามัยไว้ให้บริการ ระดับโรงพยาบาลควรมีทุกวิธีดังกล่าวรวมทั้งยาฝังคุมกำเนิด และการทำหมันหญิงและหมันชาย เป็นต้น

3. การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด (access to services)[7] ผู้รับบริการเข้าถึงบริการได้ โดยไม่มีข้อจำกัดทางภูมิศาสตร์ เศรษฐกิจ และสังคม หมายถึง สถานบริการตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งผู้รับบริการเดินทางไปได้โดยสะดวก การมีบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชนที่ห่างไกล ราคาค่าบริการคุมกำเนิดไม่แพงสำหรับผู้รับบริการ การคุมกำเนิดเป็นที่ยอมรับในชุมชนและสังคม มีการประชาสัมพันธ์ความรู้และบริการให้ประชาชนทราบ เช่น มีบริการที่ไหน มีบริการอะไรบ้าง และรับบริการได้เวลาใด

4. ความสามารถทางเทคนิค (technical competence) การทำงานของผู้ให้บริการเป็นไปตามหลักการ หรือ มาตรฐานทางวิชาการ ผู้ให้บริการจะต้องมีความรู้ทักษะและความสามารถทางคลินิกด้านการวางแผนครอบครัว เช่น การใส่ห่วงอนามัย การฝังยาคุมกำเนิด การทำหมัน ผู้ให้บริการต้องผ่านการอบรมก่อนเริ่มให้บริการ ได้รับการอบรมฟื้นฟูเป็นครั้งคราวเพื่อให้ทันต่อเทคโนโลยี่ใหม่ๆ มีระบบการนิเทศติดตามที่จะช่วยให้การบริการถูกต้องตามมาตรฐาน[5] ผู้ให้บริการควรผ่านการอบรมวิธีให้การปรึกษาในงานวางแผนครอบครัว เพื่อช่วยให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลข่าวสารและตัดสินใจเลือกรับบริการได้ด้วยตนเอง การให้คำปรึกษาเป็นส่วนที่สำคัญในเรื่องคุณภาพของการให้บริการต้องตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และให้แบบบูรณาการไม่เฉพาะเรื่องการคุมกำเนิด แต่รวมถึงมิติทางเพศ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ความสามารถทางเทคนิคของผู้ให้บริการ จะช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงจากการบาดเจ็บ ติดเชื้อ และภาวะแทรกซ้อนได้[7]

นอกจากนี้สถานพยาบาลต้องมีเครื่องมือและอุปกรณ์ที่เพียงพอ มีคู่มือสำหรับผู้ให้บริการใช้เป็นแนวทาง เพื่อคัดกรองผู้รับบริการคุมกำเนิดแต่ละวิธีได้อย่างเหมาะสม ไม่มีข้อห้ามใช้ ที่ทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ

5. ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relations)[5] ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการเป็นรากฐานของคุณภาพบริการที่ดี ผู้รับบริการควรได้รับการต้อนรับอย่างดี ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน มีความไว้เนื้อเชื่อใจ ได้รับการเคารพและให้เกียรติ ได้รับความเห็นอกเห็นใจ มีการรับฟังและการสื่อสารที่ดีระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ไม่ตัดสินผู้รับบริการ กระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้รับบริการตัดสินใจใช้วิธีคุมกำเนิดและดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ผู้รับบริการเหล่านั้นมักจะเกิดความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

6. การติดตามที่ดีและความต่อเนื่องของการดูแล (good follow-up and continuity of care)[5,7] เป็นกลไกการบริหารโครงสร้างภายใน เช่น การติดตามผู้รับบริการ การเยี่ยมบ้าน การส่งต่อ เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการติดตามและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้รับบริการควรทราบข้อมูล วัน เวลาที่จะกลับไปรับบริการตามนัด และสามารถเข้าถึงบริการได้เมื่อต้องการ ควรได้รับการดูแลโดยผู้ให้บริการคนเดิมตลอดหากเป็นไปได้ มีการส่งต่อที่เหมาะสมและทันท่วงทีกรณีฉุกเฉิน ตลอดจนมีการประสานงานกันระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน

7. ลักษณะทางกายภาพ (physical infrastructure and comfort)[5] สถานพยาบาลควรมีความสะอาด สะดวกสบาย มีความเป็นส่วนตัว ทั้งระหว่างการให้การปรึกษาและการดูแลทางการแพทย์ มีระบบรักษาความลับของผู้รับบริการ ให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้รับบริการมากกว่าความสะดวกของผู้ให้บริการ และมีขั้นตอนบริการที่สะดวกและรวดเร็ว

8. บริการแบบผสมผสาน (integrated services)[8] มิติใหม่ของคุณภาพบริการนั้น ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้รับบริการแบบองค์รวม และยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง (client- centered) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมนานาชาติว่าด้วยประชากรและการพัฒนา ที่ประเทศอียิปต์ เมื่อปี 2537 ที่เสนอแนะให้ประเทศต่างๆ จัดบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ส่งเสริมสิทธิด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดจนการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่สตรี เพื่อการลดอัตราการเจริญพันธุ์อย่างยั่งยืน กล่าวได้ว่าเป็นการเปลี่ยนกระบวนทัศน์งานวางแผนครอบครัวให้ต้องมีการผสมผสานกับงานอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ เท่าที่ระบบบริการของสถานพยาบาลจะเอื้อให้ทำได้ เช่น ประเทศไทยมีการผสมผสานบริการวางแผนครอบครัวเข้ากับบริการอนามัยแม่และเด็ก และเริ่มมีการผสมผสานบริการวางแผนครอบครัวเข้ากับการป้องกันและดูแลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

การปรับปรุงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัว

ประเทศไทย ดำเนินงานโครงการวางแผนครอบครัว โดยให้คู่สมรสมีการคุมกำเนิดโดยสมัครใจ เน้นการให้บริการวิธีคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพสูง ประหยัด ปลอดภัย ง่ายต่อการเข้าถึงบริการและมีการให้คำปรึกษา[9] ด้วยการบริหารจัดการที่ดีและการให้ความสำคัญ เรื่องคุณภาพบริการ ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จ สามารถลดอัตราการเพิ่มของประชากรลง ในระยะหลังนโยบายสาธารณสุขที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการของรัฐ สมควรได้รับการปรับปรุง และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวทางหรือมาตรฐานของคุณภาพบริการในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ คุณภาพงานบริการวางแผนครอบครัว จึงต้องมีความครอบคลุมทุกมิติของคุณภาพบริการ รวมถึงมีการผสมผสานเข้ากับงานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์

สำหรับการจัดการคุณภาพทั่วทั้งองค์กร (TQM) จะมีองค์ประกอบของ การควบคุมคุณภาพ (quality control-QC) การประกันคุณภาพ (quality assurance-QA) และการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (continual quality improvement-CQI) โดยอาศัยความมุ่งมั่นร่วมกัน การมีเป้าหมายร่วมกัน ภาวะผู้นำที่ดี และการทำงานเป็นทีม สำหรับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง มีกิจกรรมหลัก 2 ประการ คือ การประเมินตนเองและพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งถือว่าเป็นขั้นตอนที่สถานบริการจะยังคงดำเนินกิจกรรมพัฒนาคุณภาพเพื่อปรับปรุงให้ดีขึ้นตลอดเวลา ไม่พึงพอใจเพียงแค่การพัฒนาคุณภาพให้ได้ตามเป้าหมายเท่านั้น[2]

เครื่องมือที่ใช้เพื่อการปรับปรุงคุณภาพบริการ องค์กร EngenderHealth ได้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการปรับปรุงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้แก่[10]

1) แบบประเมินตนเอง (self-assessment guide) ใช้เพื่อประเมินคุณภาพบริการในมุมมองของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แบบประเมินนี้เน้นประเด็นการพัฒนาคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ตอบสนองสิทธิของผู้รับบริการ 7 ข้อ และสิทธิเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. ผู้รับบริการมีสิทธิ
   - 1.1 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับชนิดของบริการ วันเวลา สถานที่ มีป้ายบอกข้อมูล
   - 1.2 เข้าถึงบริการ ผู้ใช้บริการจะสามารถเข้าถึงบริการได้ดี ถ้าเวลา สถานที่ตั้งสะดวก และราคาที่ผู้รับบริการสามารถจ่ายได้
   - 1.3 ได้รับการบอกทางเลือก ผู้รับบริการควรได้รับข้อมูลรอบด้านเพื่อเป็นทางเลือกในการตัดสินใจ
   - 1.4 ได้รับบริการที่ปลอดภัย เจ้าหน้าที่มีคู่มือ/แนวทางการให้บริการเพื่อผู้รับบริการจะได้รับบริการที่ปลอดภัย
   - 1.5 มีความเป็นส่วนตัวและรักษาความลับของผู้รับบริการ
   - 1.6 ได้รับเกียรติ ความสะดวกสบายและสามารถแสดงความคิดเห็น
   - 1.7 ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง

2. ผู้ให้บริการ

2.1 ได้รับการนิเทศและการบริหารจัดการ

2.2 ได้รับข้อมูลข่าวสารการฝึกอบรมและการพัฒนา ให้ได้รับทราบข้อมูลที่ทันสมัย บริการที่ต้องใช้หัตถการต้องมีการอบรมผู้ให้บริการ

2.3 ได้รับการสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ และโครงสร้างพื้นฐาน มีการสนับสนุนเวชภัณฑ์ เครื่องมือ อุปกรณ์ และอื่นๆ ที่เพียงพอ

2) แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ (client-interview guide) แบบฟอร์มขอความคิดเห็นของผู้รับบริการเกี่ยวกับงานบริการของสถานพยาบาลและแนวทางเพื่อปรับปรุงบริการ ตลอดจนประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ

3) Record-review checklist แบบฟอร์มที่ใช้เพื่อทบทวนและตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนของการบันทึกข้อมูลลงในระเบียนผู้รับบริการวางแผนครอบครัว/อนามัยการเจริญพันธุ์ เพราะข้อมูลดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่ปลอดภัย

4) Client-flow analysis (CFA) แบบฟอร์มที่ใช้ประเมินเวลาการคอยรับบริการ และเวลาที่ผู้ให้บริการใช้ในการให้บริการของผู้รับบริการแต่ละราย

5) แผนปฏิบัติการ (action plan) แบบฟอร์มที่ใช้ระบุปัญหาที่ได้จากเครื่องมือต่างๆ ข้างต้น หารากของปัญหา กำหนดแนวทางในการแก้ไข ผู้รับผิดชอบและกรอบเวลาในการแก้ไขปัญหานั้นๆ

ขั้นตอนการปรับปรุงคุณภาพบริการ มีดังต่อไปนี้

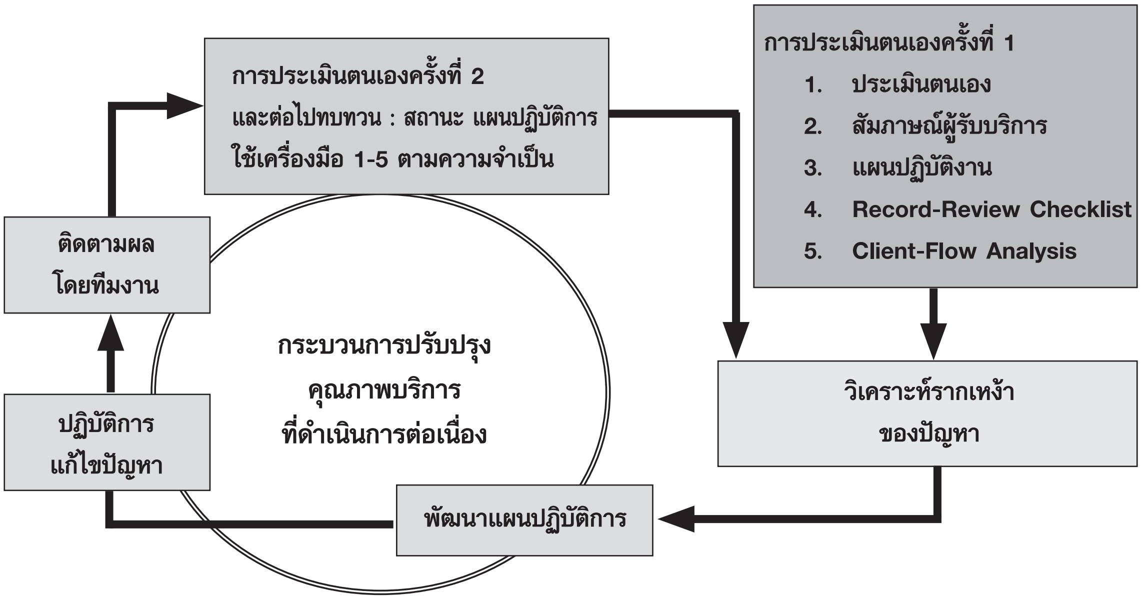
1. การประเมินตนเอง เป็นขั้นตอนแรกที่ประกอบด้วยขั้นตอนย่อยคือ การใช้เครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพบริการ การค้นหาและวิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา และการจัดทำแผนปฏิบัติการ เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ แบบประเมินตนเอง แบบสัมภาษณ์ผู้รับบริการ record-review checklist และ client-flow analysis

2. ปฏิบัติการแก้ไขปัญหา เป็นขั้นตอนที่ผู้รับผิดชอบหลักต้องดำเนินการปรับปรุงแก้ไขปัญหาตามแผนปฏิบัติการในกรอบเวลาที่ระบุไว้

3. ติดตามผลโดยทีมงาน ทีมงานที่รับผิดชอบในการติดตามผลการดำเนินงานปรับปรุงคุณภาพบริการ ต้องเป็นพี่เลี้ยงและติดตามความก้าวหน้าอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนและบรรลุเป้าหมายที่กำหนด เมื่อสรุปผลการดำเนินงานแล้วจึงเข้าสู่การประเมินรอบที่ 2 และรอบต่อๆ ไป โดยเลือกใช้เครื่องมือตามความเหมาะสม ดังแสดงตามแผนภูมิต่อไปนี้

แผนภูมิที่ 1

แสดงตัวอย่างกระบวนการปรับปรุงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์อย่างต่อเนื่อง



แหล่งข้อมูล: EngenderHealth, 2003[7]

การจัดคลินิกวางแผนครอบครัว

การจัดคลินิกบริการวางแผนครอบครัวนับเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งที่จะทำให้บริการวางแผนครอบครัวมีคุณภาพและสร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้รับบริการ เป็นการจัดลักษณะทางกายภาพ (physical infrastructure and comfort) ของคลินิกให้ตอบสนองความต้องการ หรือความคาดหวังของผู้รับบริการ ดังนั้น การจัดคลินิกวางแผนครอบครัวจึงต้องคำนึงถึงหลักการต่อไปนี้[11]

1. ความสะอาด มีความสำคัญ เนื่องจากการมีผู้รับบริการและญาติมาใช้บริการ และรวมกันอยู่จำนวนมากย่อมเป็นแหล่งสะสม และแพร่เชื้อไปสู่คนและสถานที่อื่นได้ตลอดเวลา ดังนั้น แพทย์และพยาบาลต้องมีความรู้ ความชำนาญในวิธีการทำลายเชื้อโรค ตลอดจนการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อโรคเป็นอย่างดี นอกจากนี้ สถานพยาบาลยังควรมีการทำความสะอาดพื้นห้อง เครื่องปรับอากาศ รวมทั้งอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2. ความสะดวกสบาย คลินิกวางแผนครอบครัว ควรจัดหาที่นั่งที่สบาย และมีจำนวนมากสำหรับผู้รับบริการและญาติ นอกจากนี้ ยังต้องให้ความสำคัญกับแสงสว่างที่เพียงพอ มีการถ่ายเทอากาศที่ดี มีน้ำสะอาดให้ดื่ม มีห้องน้ำที่สะอาดไม่มีกลิ่น และมีจำนวนเพียงพอสำหรับผู้รับบริการ

3. ความเป็นส่วนตัว เนื่องจากการให้บริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความอ่อนไหวทางสังคมมากกว่าการให้บริการสุขภาพอื่นๆ ผู้ให้บริการจึงต้องคำนึงถึงศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์และความเป็นส่วนตัว การจัดห้องให้บริการ เช่น ห้องตรวจ ห้องให้การปรึกษา ต้องมีความเป็นสัดส่วนและมีความเป็นส่วนตัว เพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจว่าจะไม่มีใครเห็น หรือ ได้ยินการสนทนาระหว่างการให้บริการ ดังนั้น ห้องตรวจ หรือ ห้องให้การปรึกษาต้องแยกเป็นสัดส่วน หรือแยกออกมาให้ห่าง หรือใช้ม่านกั้น เช่น การตรวจภายในต้องทำในพื้นที่ที่มิดชิด

4. การรักษาความลับ เนื่องจากการให้บริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีความอ่อนไหวทางสังคมมากกว่าการให้บริการสุขภาพอื่นๆ การมีระบบรักษาความลับของผู้รับบริการ และผู้ให้บริการต้องมีจิตสำนึกในการรักษาความลับของผู้รับบริการ

5. การมีป้ายข้อมูลบริการที่จำเป็น คลินิกวางแผนครอบครัวควรมีป้ายหรือสัญลักษณ์บอกข้อมูลที่จำเป็นในการรับบริการคุมกำเนิด เช่น วันและเวลาการให้บริการ ชื่อผู้ให้บริการ วิธีคุมกำเนิดที่ให้บริการ ราคาค่าบริการ และแผนผังการรับบริการ เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้รับบริการควรทราบ

6. การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ กิจกรรมนี้ถือว่ามีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง คลินิกวางแผนครอบครัวต้องมีระบบที่จะประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง

7. พื้นที่บริการวางแผนครอบครัว คลินิกวางแผนครอบครัวควรประกอบด้วย พื้นที่บริการย่อย ดังต่อไปนี้

7.1 พื้นที่ซักประวัติ และคัดกรอง เมื่อผู้รับบริการผ่านระบบการยื่นบัตร หรือทำบัตรใหม่ของแผนกผู้ป่วยนอกเรียบร้อยแล้ว ผู้รับบริการจะต้องผ่านการซักประวัติ และคัดกรองเพื่อรับบริการคุมกำเนิดตามความต้องการและความเหมาะสม ดังนั้น พื้นที่ส่วนนี้ควรมีอุปกรณ์พร้อม เช่น โต๊ะทำงาน เก้าอี้สำหรับผู้ให้บริการ และเก้าอี้สำหรับผู้รับบริการอย่างน้อย 1 ชุด พร้อมเก้าอี้ยาวสำหรับผู้รับบริการนั่งรออุปกรณ์ ในพื้นที่นี้ควรมีสมุดลงทะเบียนพร้อมแบบฟอร์มรายงาน เครื่องวัดความดันโลหิต และ เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

7.2 พื้นที่ให้สุขศึกษาและการปรึกษา ควรมีอุปกรณ์เป็นสื่อพร้อมที่จะให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และควรมีเก้าอี้ยาวที่มีพนักพิงเพื่อช่วยให้ผู้รับบริการที่นั่งรอสบายขึ้น การให้บริการวางแผนครอบครัว ควรเริ่มด้วยการให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีต่างๆ ในห้องที่ผู้รับบริการนั่งรอ เพื่อผู้รับบริการจะได้ตัดสินใจเลือกใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดวิธีหนึ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตัวผู้รับบริการ โดยอาศัยความ ช่วยเหลือจากพยาบาล การให้สุขศึกษา นอกจากจะให้โดยวิธีการสอนแล้ว ยังสามารถให้โดยการใช้สื่ออย่างอื่นช่วย เช่น วีดีโอเทปการวางแผนครอบครัว อาจทำเป็นภาษาท้องถิ่น ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการมีความรู้สึกมั่นใจและเข้าใจได้ดีขึ้น นอกจากนี้ ควรเปิดโอกาสให้มีการซักถามอภิปรายข้อข้องใจต่างๆ ที่ผู้รับบริการอาจมีอยู่ ทั้งนี้เพื่อช่วยแก้ปัญหาข่าวลือและความเข้าใจผิดต่างๆ ที่ผู้รับบริการอาจได้ยินมา สำหรับการปรึกษา ควรจัดโต๊ะให้คำปรึกษาไว้มุมใดมุมหนึ่งของห้อง เพื่อเป็นส่วนตัว จัดเก้าอี้สำหรับผู้รับบริการให้นั่งข้างใดข้างหนึ่งของผู้ให้คำปรึกษา ไม่นิยมนั่งตรงข้าม

เพราะจะทำให้เกิดความรู้สึกห่างเหินไม่เป็นกันเอง ผู้รับบริการแต่ละคนควรผ่านการให้คำปรึกษาแนะนำเป็นอย่างดี และควรมีห้องแยกให้ผู้รับบริการรู้สึกมีความสบาย เงียบ มิดชิด และมีความเป็นส่วนตัว

7.3 **พื้นที่ให้บริการคุมกำเนิด** หากมีการตรวจภายในและตรวจ Pap smear ห้องนี้ควรเป็นห้องที่มิดชิด สะอาด อากาศถ่ายเทสะดวก มีแสงสว่างเพียงพอ

8. **ระบบการส่งต่อ** การให้บริการวางแผนครอบครัวแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ จะแตกต่างกันตามศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์ อุปกรณ์ทางการแพทย์ และความพร้อมของระบบบริการของสถานบริการแต่ละระดับ คู่สมรสในชุมชนสามารถเข้าถึงบริการคุมกำเนิด เช่น ยาเม็ดคุมกำเนิด ถุงยางอนามัยได้จากสถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือ อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้านที่สามารถอำนวยความสะดวก และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่าสถานบริการในระดับทุติยภูมิให้บริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่หลากหลายและครบวงจรได้มากกว่า และสถานบริการในระดับตติยภูมิสามารถให้บริการวางแผนครอบครัวและอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ต้องอาศัยเทคโนโลยีการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่สูงขึ้น ผู้รับบริการในชุมชนควรได้รับการประเมินอย่างถูกต้องเพื่อรับบริการ และส่งต่อไปยังโรงพยาบาลชุมชน หากต้องการบริการคุมกำเนิดที่ต้องใช้ความชำนาญทางการแพทย์ เช่น ยาฝังคุมกำเนิด หมันหญิง หมันชาย เป็นต้น สำหรับการผ่าตัดทำหมันหญิง ผ่าตัดทำหมันชาย หากเกิดกรณีฉุกเฉิน เกิดอาการแทรกซ้อน หรือปัญหาทางการแพทย์ ต้องมีระบบการส่งต่อที่เป็นลายลักษณ์อักษรเพื่อให้มั่นใจว่า สถานบริการปลายทางรับการส่งต่อนั้นๆ มีประสิทธิภาพ และมั่นใจได้ว่าปัญหาของผู้รับบริการได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างถูกทางและรวดเร็ว เพราะหากปล่อยไว้อาจนำมาซึ่งปัญหาและความยุ่งยากมากขึ้น ทำให้ยากต่อการแก้ไข ระบบส่งต่อบริการวางแผนครอบครัวหมายรวมถึง การส่งต่อผู้รับบริการไปยังคลินิกอื่นๆ ในสถานบริการเดียวกันเพื่อรับบริการอนามัยการเจริญพันธุ์อื่นๆ อย่างเบ็ดเสร็จและครบวงจร[12] ระบบการส่งต่อบริการวางแผนครอบครัวจึงต้องเชื่อมโยงการส่งต่อทั้งภายในและภายนอกเข้าด้วยกัน จึงกล่าวได้ว่า ระบบการส่งต่อบริการวางแผนครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสมตามสิทธิ มีคุณภาพ และสร้างความพึงพอใจต่อผู้รับบริการ

สรุป

คุณภาพบริการงานวางแผนครอบครัวประกอบด้วยมิติของการให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ มีวิธีคุมกำเนิดที่หลากหลายให้เลือก การเข้าถึงบริการคุมกำเนิด ความสามารถทางเทคนิคของผู้ให้บริการ ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการ การติดตามที่ดีและความต่อเนื่องของการดูแล ลักษณะทางกายภาพของสถานบริการ และบริการแบบผสมผสาน ดังนั้น เพื่อให้สถานบริการมั่นใจว่างานบริการของตนจะให้ผลลัพธ์ที่ต้องการ ผู้รับบริการพอใจ และให้การสนับสนุนการทำงานเป็นไปตามมาตรฐาน และเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด สถานบริการจึงต้องมีการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยใช้เครื่องมือเพื่อประเมินคุณภาพบริการด้วยตนเองที่เน้นการตอบสนองสิทธิของผู้รับบริการ 7 ประการ และความต้องการของผู้ให้บริการ 3 ประการดังกล่าวข้างต้น ค้นหาปัญหาที่ต้องแก้ไข วิเคราะห์รากเหง้าของปัญหา จัดทำแผนปฏิบัติการ ปฏิบัติการแก้ไขตามแผน ติดตามผล และทำการประเมินตนเองรอบใหม่ต่อไปอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังต้องให้ความสำคัญกับการจัดคลินิกวางแผนครอบครัวให้สะดวกสบาย สะอาด มีความเป็นส่วนตัว รักษาความลับ การมีป้ายข้อมูลบริการที่จำเป็น การประเมินความพึงพอใจ การแบ่งพื้นที่บริการ และระบบส่งต่อที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, สมเกียรติ โพธิสัตย์, ยุพิน อังสุโรจน์, จารุวรรณ ธาดาเดช, ศรานุช โตมรศักดิ์. เครื่องชี้วัดคุณภาพโรงพยาบาล Hospital Quality Indicators. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล นนทบุรี : 2544 :5.
2. สิทธิศักดิ์ พฤกษ์ปิติกุล. เส้นทางสู่ Hospital Accreditation. กรุงเทพ : สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยีไทย:ญี่ปุ่น:จัดจำหน่ายโดยดวงกมลสมัย; 2543 : 5-7.
3. กองอนามัยการเจริญพันธุ์. โครงการการปรับปรุงการบริหารจัดการเวชภัณฑ์วางแผนครอบครัวในระบบสุขภาพดีถ้วนหน้า. นนทบุรี : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข : 2546.
4. สุธน ปัญญาดิลก, เรณู ชูนิล. ความพึงพอใจของผู้รับบริการวางแผนครอบครัว. นนทบุรี : กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2548.
5. Family Health International. Maximizing access to quality family planning and reproductive health services. Research Briefs, 1994.
6. Family Health International. A “Client Perspective” helps improve services. Network. 1998;19(1).
7. EngenderHealth. COPE Handbook : A process for improving quality in health services. Revised edition. New York : EngenderHealth 2003 : 7.
8. World Health Organization. Integrating STI management into FP services. Geneva : World Health Organization, 1999 :5-6.
9. ศิรินันท์ กิตติสุขสถิต, สุรีย์พร พันพึ่ง. คุณภาพการวางแผนครอบครัวในประเทศไทย. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2538. (เอกสารทางวิชาการหมายเลข 189). 2538.
10. EngenderHealth. COPE for reproductive health services : A toolbook to accompany the COPE handbook. Revised edition. New York : EngenderHealth 2003 : 9 - 72.
11. กองอนามัยครอบครัว. คู่มือประกอบการอบรม โครงการอบรมให้บริการใส่ห่วงอนามัย (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพ : 2537 : 121- 122, 131.
12. International Planned Parenthood Federation. Medical and service delivery guidelines for sexual and reproductive health services. Third edition. London : International Planned Parenthood Federation 2004 :104, 207.

บทที่ 16

บทสรุป

เมธี พงษ์กิตติหล้า
สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์

คำนำ

องค์ประกอบในการให้บริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด

สรุป

บทที่ 16

บทสรุป

เมธี พงษ์กิตติหล้า
สุมาลี เพิ่มแพงพันธุ์

คำนำ

คู่มือวางแผนครอบครัวสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเล่มนี้ ผู้นิพนธ์ได้รวบรวมความรู้ทางวิชาการทางทฤษฎีและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับวิธีคุมกำเนิดวิธีต่างๆ รวมทั้งวิธีการให้การปรึกษาแก่ผู้รับบริการอย่างเหมาะสม ด้วยข้อมูลที่ครบถ้วน ทันต่อเหตุการณ์ โดยให้ผู้รับบริการมีอิสระในการตัดสินใจว่าจะรับบริการคุมกำเนิดวิธีใดที่เหมาะสมกับตน ผลสำเร็จของโครงการให้บริการมีปัจจัยอื่นเข้ามาเกี่ยวข้อง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องเข้าใจถึงระบบบริการและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องด้วยทัศนคติที่ดีต่อผู้รับบริการ

องค์ประกอบในการให้บริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด

ผลสำเร็จของการให้บริการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิดขึ้นอยู่กับองค์ประกอบ 3 อย่าง คือ

1. ผู้รับบริการ
2. ระบบบริการและผู้ให้บริการ
3. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด

1. ผู้รับบริการ

ความรู้และทัศนคติของผู้รับบริการคุมกำเนิด มีผลต่อการรับบริการและการคงใช้วิธีคุมกำเนิดต่างๆ มาก ถ้าผู้รับบริการมีความรู้เรื่องวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ เข้าใจอย่างถ่องแท้ถึงแนวทางปฏิบัติในวิธีนั้น รู้ข้อดี ข้อเสีย ภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น วิธีปฏิบัติเมื่อเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ รู้ว่าเมื่อเกิดปัญหาจะไปรับคำปรึกษาหรือรับบริการที่ใด รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อวิธีคุมกำเนิดนั้น ย่อมจะทำให้สามารถตัดสินใจเองโดยอิสระในการคุมกำเนิดและคงใช้วิธีคุมกำเนิดนั้นไปนานตราบเท่าที่ต้องการ

ครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญอย่างยิ่ง ถ้าสามีหรือญาติพี่น้องรวมทั้งพ่อแม่ มีทัศนคติที่ดีต่อการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด ผู้รับบริการก็จะยินดีรับบริการ ในบางครั้งบุคลากรทางการแพทย์จะต้องให้ความรู้แก่สามี หรือญาติพี่น้องของผู้รับบริการด้วย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อวิธีคุมกำเนิดนั้นๆ

2. ระบบบริการและผู้ให้บริการ

2.1 ระบบบริการ การให้บริการที่มีระบบชัดเจนทำให้การเข้าถึงบริการมีประสิทธิภาพและเอื้ออำนวยต่อผลสำเร็จของงานวางแผนครอบครัว ในคู่มือเล่มนี้ได้เน้นถึงคุณภาพบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งได้เขียนไว้ในบทที่ 15 นอกจากนี้จำเป็นต้องมีเวชภัณฑ์คุมกำเนิดที่หลากหลาย และเพียงพอต่อการให้บริการ ผู้บริหารควรจะต้องพยายามหาทางบริหารเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ที่ใช้ในคลินิกอย่างเหมาะสม ผู้บริหารต้องจัดให้มีสถานบริการวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิดอย่างเพียงพอ

2.2 ผู้ให้บริการ จำนวนผู้ให้บริการต้องมีเพียงพอ ความรู้ความสามารถและทัศนคติของผู้ให้บริการ มีความสำคัญมากในด้านความรู้ความสามารถของผู้ให้บริการนั้น สามารถพัฒนาปรับปรุงให้มีความรู้อย่างถูกต้องทันสมัย มีทักษะในการบริการอย่างถูกต้องและเหมาะสม การอบรมความรู้และทักษะเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการก้าวหน้ายิ่งขึ้น องค์ความรู้ต่างๆ ได้บรรจุในคู่มือเล่มนี้อย่างครบถ้วน ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้เข้าใจถึงขอบเขตของงานวางแผนครอบครัวและคุมกำเนิด ดังรายละเอียดในบทที่ 1 เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ในเรื่องการให้คำปรึกษาในงานวางแผนครอบครัวรวมทั้งงานด้านอื่นๆ ในขอบเขตของอนามัยการเจริญพันธุ์ เป็นหัวใจของการให้บริการ ผู้ให้คำปรึกษาจะต้องยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มีวิธีการต่างๆ ที่จะให้ผู้รับบริการเกิดความมั่นใจที่จะตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยตนเองทั้งหมดนี้ได้กล่าวไว้ในบทที่ 2 นอกจากนี้ผู้ให้บริการจะต้องทำความเข้าใจ ผู้รับบริการเฉพาะกลุ่มที่อาจจะแตกต่างไปจากการให้บริการทั่วๆ ไป ได้แก่ กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรีวัยใกล้หมดระดู และในกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือเป็นโรคเอดส์ ทั้งหมดนี้ได้รวบรวมไว้ในบทที่ 13 เรื่องการคุมกำเนิดในกลุ่มเป้าหมายพิเศษ

นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงการคุมกำเนิดในบางช่วงเวลาของขบวนการเจริญพันธุ์ ซึ่งมีข้อพิจารณาเป็นพิเศษเฉพาะเรื่อง ได้แก่ การคุมกำเนิดในช่วงหลังคลอดและหลังแท้ง ซึ่งได้เขียนไว้ในบทที่ 12

3. เทคโนโลยีการคุมกำเนิด

ความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ทำให้เกิดการพัฒนาวิธีคุมกำเนิดใหม่ๆ และพัฒนาวิธีที่มีอยู่แล้วให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องให้ความสนใจ และติดตามเทคโนโลยีการคุมกำเนิดใหม่ๆ รวมทั้งการพัฒนาเทคนิคเดิม และการเปลี่ยนแปลงข้อบ่งชี้ ข้อห้ามใช้ เมื่อมีการติดตามผลการใช้และศึกษาระยะยาว สำหรับวิธีคุมกำเนิดทุกวิธีที่มีใช้ทั้งในอดีต ปัจจุบัน และวิธีที่อาจนำมาใช้ในอนาคต ได้เขียนไว้ในบทที่ 3 เรื่องวิธีคุมกำเนิด สำหรับฮอร์โมนคุมกำเนิด ซึ่งได้แก่ ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีดคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และยาแผ่นแปะผิวหนัง คุมกำเนิด ได้เขียนไว้ในบทที่ 4,5,6 และ 7 ตามลำดับ ในแต่ละบทจะกล่าวถึงกลไกการคุมกำเนิดโดยย่อ ข้อดี ข้อเสีย ข้อห้ามใช้ และอาการข้างเคียง และแนวทางการแก้ไข เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขนำไปปฏิบัติในการให้บริการ สำหรับบทที่ 8,9,10 และ 11 ได้แก่ ห่วงอนามัย ถุงยางอนามัย วิธีคุมกำเนิดฉุกเฉินและการทำหมันชายและหมันหญิง ตามลำดับ มีรายละเอียดคล้ายกับ 4 บทที่กล่าวมาแล้ว สำหรับผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคทางอายุรกรรม จะต้องใช้

ความระมัดระวังในเรื่องการใช้วิธีคุมกำเนิด ซึ่งบางวิธีอาจจะเพิ่มความเสี่ยงจากโรค หรือภาวะที่เป็นอยู่ ในทางตรงกันข้าม ถ้าปล่อยให้เกิดการตั้งครรภ์ ขณะที่โรคยังไม่สงบ หรือควบคุมไม่ได้ดี ก็อาจจะเกิดอันตรายอย่างมากต่อสุขภาพของผู้รับบริการได้ จึงได้รวบรวมไว้ในบทที่ 14 เรื่องการคุมกำเนิดในผู้ที่เป็นโรคหรือภาวะทางอายุรกรรม

สรุป

การที่จะให้เกิดผลสำเร็จในงานวางแผนครอบครัวของชุมชนและประเทศชาติ จำเป็นต้องพิจารณาองค์ประกอบทั้ง 3 อย่างที่กล่าวมาแล้ว เพื่อให้บริการมีคุณภาพและประสิทธิภาพ มีบริการอย่างเหมาะสมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน